This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No. .....

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

SECHSUNDZWANZIGSTER BAND.

1898.

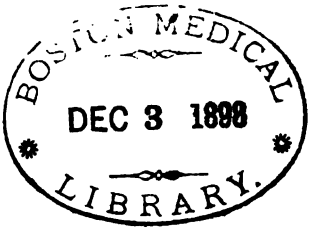
JANUAR BIS JUNI.

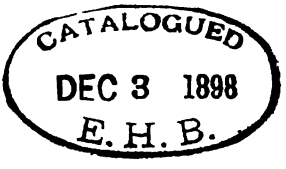
MIT SECHS TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1898.





Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Ein Rück- und Vorblick, von P. G. Unna 1
Die Zusammensetzung des Leprabacillen-Schleims, von P. G. Unna 17
Harzstifte (Stili resinosi) zum Enthaaren, von P. G. Unna 26
Briefe aus Paris. II. Sabourauds Arbeiten über die Alopecia areata und Seborrhoe, von C. Beck 30
Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? Von Gustav Kulisch 65
Die beste Form der Quecksilberschmierkur, von P. G. Unna 93
Historische Streifzüge (Celsus VI. Teil), von Moritz Cohn 96
Behandlung des Trippers mit Spülungen, von Neuhaus 117
Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung, von Iwan Bloch 124
Über das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum, von Arthur Strauss 129
Zur Verschreibung der Essigsäure, von P. G. Unna 136
Über die Wirkungsweise des Wechselstromes und der hochgespannten Ströme bei den Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute, von Oudin 169
Zur Symptomatologie der Stomatitis mercurialis, von Ernest Levin 194
Nachwort zu meinem Aufsatze „Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung", von Iwan Bloch 196
Formalin und Paraform, von P. G. Unna 198
Die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, von Eichhoff 221
Über einen in Parma beobachteten Fall von Tinea Gruby (Sabouraud), von V. Mibelli 225
Über eine seltene, wahrscheinlich parasitäre Dermatose, von Saverio Cannarsa 236
Kokainsalz und Kokainbase, von P. G. Unna 239
Das Vorkommen der Mikrosporie in Hamburg, von Trachsler 273
Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper nebst einigen allgemeinen Bemerkungen, von Iwan Bloch 284
Die flache Abtragung des weichen Geschwüres als Behandlungsmethode, von P. G. Unna 295
Das Hôpital Saint-Louis zu Paris und die französische dermatologische Schule, von F. E. Hopf 299. 345
Beitrag zur Histologie des Erythema glutaeale der Kinder, von Menahem Hodara 325
Zur Behandlung des Trippers mit Protargol, von Stark 339
Nachtrag zu meinem Aufsatz über Sandelholzöl, von Iwan Bloch 342
Verschlufsapparat für die Harnröhre zum Zwecke von Verweilinjektionen, von Eduard Schiff 344

Seite

Zur Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis (Unna), von William Loth.. 377
Über die Ausspülungen in der Behandlung der Urethritis, von Behaegel 384
Der Mikrobrenner, von P. G. Unna 388
Historische Streifzüge (Celsus VII. Teil, Schluß), von Moritz Cohn 392
Über die radikale Behandlung des Lupus, von Urban 429
Zur Kasuistik des Ikterus im Frühstadium der Syphilis, von Alfred Arnheim 436
Benzoesäure, ein schimmelverhütendes Mittel für leim- und stärkehaltige Substrate (Gelanthum), von Paul Runge 444
Über das Erythema induratum Bazins, von Ch. Audry 481
Über die Veränderungen der Haut nach Ätzung mit rauchender Salpetersäure, von O. Bargum 485
Schutzdecke gegen X-Strahlen, von P. G. Unna 494
Über die fixen Antipyrinerytheme, von V. Mibelli 533
Handekzem und Waschen der Hände, von P. G. Unna 547
Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung, von P. G. Unna 601
Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von Skarifikationen, von Ch. Audry und Thévenin 614
Sykosis subnasalis und Ausschnupfen, von P. G. Unna 618

Versammlungen.

Anatomische Gesellschaft 41
Amerikanische Vereinigung von Ärzten für Harn- und Geschlechtskrankheiten .. 410
Berliner dermatologische Gesellschaft 34. 200. 241. 394. 620
Berliner medizinische Gesellschaft 550
British Medical Association 245
Brooklyn dermatological and genito-urinary Society 412
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 38. 101. 310. 399. 496. 624
Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland 312. 502
Londoner dermatologische Gesellschaft 205. 314. 504
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 41. 102. 204. 309. 403. 446. 501. 627
New Yorker Akademie der Medizin 412. 553
New Yorker dermatologische Gesellschaft 411. 506. 553
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest 103. 404

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases 263. 456
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 254. 318. 415. 511
Annales des maladies des organes génito-urinaires 42. 319. 449. 554
Archiv für Dermatologie und Syphilis 140. 250. 357. 508
Archives of Surgery 558
The British Journal of Dermatology 146. 207. 364. 416. 557
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 109. 206. 254. 447. 511. 554
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 148. 417
Dermatologische Zeitschrift 143. 359
Dermatologisches Centralblatt 110. 206. 364
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 149. 260. 365. 512. 562
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 258
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates 317. 363. 448

Besprechungen.

Seite

Lehrbuch der Pharmakotherapie, von Kobert ... 45
Handbuch der Anatomie des Menschen. V. Band, I. Teil: Haut, von A. v. Brunn 154
Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna. Heft I ... 154
Cystitis und Urininfektion, von Max Melchior ... 155
Die Hauptthatsachen der Chemie, von Erich Harnack ... 208
Unterdrückung und Verhütung der Lepra, von Albert A. Ashmead ... 208
Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1897, von Unna 319
Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Chotzen. Heft V und VI ... 320
Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundrifs der Pathologie und Therapie derselben, von Mračeк ... 320
Die chronische blennorrhoische Urethritis, von Keersmaecker und Verhoogen 321
Mikroskopie der Harnsedimente, von Daiber ... 322
Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes, von Spaeth ... 322
Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes, von Schleich ... 322
Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, von v. Baumgarten und Tangl ... 323
Geschichte der Medizin, von J. Pagel ... 323
Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna. Heft II ... 418
Die Erysipel-, die Erysipeltoxin- und Serumtherapie der bösartigen Geschwülste, von R. Eschweiler ... 419
Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane, von Th. Rovsing ... 420
Der Lupus und dessen operative Behandlung, von E. Lang ... 460
Die Syphilis als bakterielle Infektionskrankheit, von Mac Gillarry ... 461
Zur Austilgung der Syphilis, von Kromayer ... 462
Die Krankheiten der Harnwege, von Guyon; ins Deutsche übersetzt von Kraus und Zuckerkandl ... 516
Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von R. Ledermann ... 517
Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, von Leyden ... 517
Wissenschaftliche Arbeiten, gewidmet Prof. Schwimmer anläfslich seines 25-jährigen Docenten-Jubiläums ... 564
Handatlas der Hautkrankheiten, von M. Kaposi ... 574
Die Lepra in Algerien und speziell in der Stadt Algier, von Gemy und L. Raynaud ... 574
Die Behandlung des Lupus, von Balmanno Squire ... 575
Studien über gummöse („tertiäre") Syphilis mit besonderer Rücksicht auf Häufigkeit, zeitliches Auftreten, Äufserungsformen und mögliche Ursacheverhältnisse, von K. Grön ... 576
Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter, von Finger und Sänger ... 577
Die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbeltiere mit besonderer Berücksichtigung des Menschen, von R. Disselhorst ... 630
Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, von v. Leyden ... 632
Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, von Liebe, Jacobsohn und Meyer ... 632

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Seite

Beitrag zur Kenntnis der Kälte- und Wärmepunkte der Haut, von S. Aleutz.. 209
Über das Pigment und die Entstehung desselben bei einigen Tardigraden, von Rywosch 209
Über die Ernährung der Haare, von Deichler 210
Vorkommen und Nachweis von Jod in den Haaren, von W. Howald 210

Mikroskopische Technik.

Beruht die Färbung der Zellkerne auf einem chemischen Vorgange oder nicht? von Paul Mayer 210
Über Sichelkerne und Riesensphären in ruhenden Epithelzellen, von Ballowitz 211

Bakteriologie.

Protozoenkulturen, von Schardinger 211
Über die Fähigkeit des Pneumococcus Fränkel lokale Eiterungen zu erzeugen, von Hugo Bruns 211

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über das Verhältnis zwischen Hautkrankheiten und der arthritischen Diathese, von C. Rasch 211
Die gewöhnlichen Pilzkrankheiten der Haut, von N. Walker 212
Die epitheliale Natur der Naevuszellen, von P. G. Unna 213
Neuer Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes in den fibrösen Neubildungen der Haut, von Soffiantini 213
Über die Elementarformeln einiger Eiweifskörper und über die Zusammensetzung und die Natur der Melanine, von Schmiedeberg 214
Karminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweifsarten, von Th. J. Bogomolow und Wassilieff 214
Heilwirkung der Hyperämie, von Bier 214
Über die therapeutische Anwendung des heifsen Wassers, besonders bei Hautkrankheiten 216

Pharmakologie.

Aus E. Mercks Bericht über das Jahr 1896 113
Verzeichnis sämtlicher Präparate, Drogen und Mineralien mit Erläuterungen 1897, von E. Merck 113
Weitere Versuche über die reduzierenden Heilmittel, von P. G. Unna 114
Bericht über eine Untersuchung verschiedener Gesichtspuder, von W. Murrer . 115
Über den therapeutischen Wert der antiseptischen Seifen, von E. Curzio 115
Beiträge zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl, von Stubenrath 217
Beitrag zur Chemie der Tierfette, von Amthor und Zink 218
Ein Fall von Wismutintoxikation durch Airol, von Aemmer 218
Über Alapurin der Norddeutschen Wollkämmerei zu Bremen, von Aufrecht... 219
Argonin, ein neues Antiblennorrhoicum, von Zydlowicz 219
Über Captol, ein neues Antiseborrhoicum und medizinisch-kosmetisches Haarmittel, von Eichhoff 219
Über einen Fall von Karbolvergiftung durch das Auflegen von Karbolkompressen auf die Haut, von R. C. Lucas 219
Chinosol als Antisepticum und Heilmittel (Antipyreticum), von Beddies und Ticher 220
Argoninlösungen, von Miehle 422
Über das Desinfektionsvermögen des Chinosols, von S. Giovannini 422
Ein Fall von Copaivavergiftung, von W. H. Thompson 422

Seite
Über Eisensomatose, von A. Eichengrün 422
Über Eisensomatose, von E. Roos 423
Weiteres über Geosot, von Rieck 423
Einige Untersuchungen über Jod und Quecksilber, von E. Welander 423
Über medikamentöse Quecksilberintoxikationen mit letalem Ausgange, von S. Holmgren 424
Über Unguentum Hydrargyri cinereum, von F. Miehle 425
Enthaarende Wirkung der Leucaena glauca 425
Über Naftalan, von C. Pezzoli 425
Das Oleum cadinum bei Hautkrankheiten, von Ramond 425
Orthoform, von Einhorn und Heinz 426
Über Protargol, von A. Eichengrün 426
Praktische Mitteilungen über Thiol, von Wirz 427
Experimentelle und therapeutische Beiträge zur Schilddrüsenwirkung bei Gesunden und Strumakranken, von Gara, Israi und Vas 427
Das Xeroform und seine Anwendung in der Chirurgie, von Grünfeld 428
Praktische Erfahrungen mit Xeroform, von Goliner 428

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Die Hautveränderungen beim akuten Gelenkrheumatismus, nebst Bemerkungen über die Natur des Erythema multiforme, von G. Singer 367
Antipyrinexanthem, von E. Webster 367
Die lokalisierten Erytheme im allgemeinen und die lokalisierten Antipyrinerytheme im besonderen, von S. Ehrmann 368
Erythem, hervorgerufen durch Primula obconica, von Arctander 368
Febris erythematosa nach Luft- und Sonnenbädern, von H. Lahmann 368
Angioneurotisches (stabiles) Ödem, von R. Norton 369
Urticaria chronica infantum, von E. Pontoppidan 369
Raynaudsche Krankheit, von F. Little 369
Ein Fall von allgemeiner Gefäßneurose mit peripherer Gangrän (sog. Raynaudsche Krankheit), von Th. Lochte 369
Über einen für Mensch und Tier pathogenen Mikrococcus, Staphylococcus hämorrhagicus, von E. Klein 370
Zur Ätiologie des Skorbuts, von Nansen 370
Purpura und Knochenmark, von Jannin 370
Ein Fall von Purpura rheumatica, von E. Peake 370
Die Werlhofsche Krankheit malarischen Ursprungs mit Recidiv, von Tschuprin 371
Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii nebst lokaler, chronischer Tuberkulose in den Nieren in den rechtsseitigen iliakalen und retroperitonealen Lymphdrüsen, von E. Hoke 371

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Über die Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure, von Ssila-Novitzky 371
Über die Behandlung der Verbrennungen zweiten und dritten Grades mittelst Thioform, von A. Radkewitsch 371
Eine partielle Atrophie der Nervi optici bei einer Patientin, von Terson 371
Über merkurielle Exantheme, von O. Rosenthal 372
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung diluierter Chemikalien auf das lebende Gewebe mit besonderer Rücksicht auf die Karbolgangrän, von Joseph Léval 372
Über Karbolgangrän, von Leusser 373
Ein Fall von Dermatitis infolge von Röntgenstrahlen, von H. R. Crocker 373
Über eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare, von L. Spitzer 374

II. Neurotische.

Seite

Zwei Fälle von isolierter peripherischer Lähmung des Nervus musculo-cutaneus, von J. Strauss 374
Die hysterischen Neurosen der Haut, von A. van Harlingen 375
Ein Fall von Herpes zoster cervicalis, kompliziert mit totaler Facialisparalyse, von O. Frich 375
Das Auftreten von Zoster unterhalb des Knies, von S. Eccles 375

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel), von Huber und Blumenthal 462
Rückkehr-Fälle von Scharlach, von Niven 463
Über das Vorkommen von Scharlach bei Tieren, von Behla 463
Über Diphtheriebacillen beim Scharlach, von Sellner 463
Purpura als Komplikation von Scharlach, von Mac Arthur 464
Scharlachfieber kompliziert mit Augenaffektionen, von Miller 464
Polymyositis acuta scarlatinosa, von Rothschild 464
Über die Koexistenz von Scarlatina und Enteritis, von Cosgrave 464
Scharlachfieber kompliziert mit Typhus, von Mac Naughton 465
Konkurrierende Masern und Scharlach, von Dudley 465
Hyperpyrexie bei Masern, von Allison 465
Morbilli ecchymotici, von Rouger 465
Ein Fall von Gangrän der Weichteile der seitlichen Thoraxwand nach Masern, von Wunder 466
Subcutanes Emphysem im Gefolge von Masern, von Berry 467
Heilserum gegen Masern, von Weisbecker 467
Über die suffikatorische Laryngitis bei Varicellen, von Harley 467
Pocken oder Windpocken, von Lenhartz 467
Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft. Ein Beitrag zur Kritik der Vaccinationsstatistik, von Körösi 468
Mehrere Fälle von echten Pocken und einige sich daran anschliefsende Beobachtungen über die Ansteckungsgefahr bei Pocken und über die Immunität der Geimpften, von Dietrich 468
Ichthyol bei Pocken, von Kolbossenko 469
Über den heutigen Stand der Variolavaccine-Frage. Eine kritische Beleuchtung der dualistischen Auffassung über die Art beider Virus, von Freyer 469
Die Übertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine, von Freyer 469
Pocken und Impfung in England, von Humphrey 469
Über die Impfung in Nieder-Österreich, von Mitscha 470
Einige Thatsachen betreffs Impfung, von Patterson 470
Ein Unikum in Bezug auf Impfverlauf, von Sutton 470
Zur Kenntnis der Impfpockenbildung beim Kalbe, von Steinhaus 470
Über die Form und Färbbarkeit der Zelleinschlüsse bei Vaccineimpfungen (Cystoryctes vaccinae Guarnieri), von v. Wasielewski 471
Zur Impftechnik, von Kreissmann 471
Bemerkungen zur Impfpraxis, von Gustav Herz 471
Beitrag zur Impftechnik, von Weichart 471

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Bemerkungen über einige praktische Seiten der Leprafrage in New York, von P. A. Morrow 47
Die Lepra in Columbien, von H. Polakowski 47
Mitteilungen über Lepra nach Erfahrungen in Indien und Ägypten, von Sticker 47

Seite

Über die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland in den letzten 20 Jahren, von H. Koppel 49
Zwei auf Lissa in Dalmatien beobachtete Fälle von Lepra, von Dopni v. Delupis 49
Historische Bemerkungen zur Ausbreitung der Lepra in Brasilien, von W. Havelburg 49
Über die Isolierung der Aussätzigen in Leproserien, von Karl Dehio 49
Zur Behandlung der Lepra, von P. G. Unna 50
Serumtherapie der Lepra, von Juan de Dios Carrasquilla 50
Vorläufige Mitteilung über einen mit Carrasquillaschem Serum behandelten Fall von Lepra, von F. Buzzi 51
Zur Serotherapie der Lepra, von Olaya Laverde 52
Die Behandlung der Lepra mit hypodermalen Injektionen von antileprösem Serum, von Hallopeau 52
Thyreoidbehandlung der Lepra, von C. B. Maitland 52

β. *Tuberkulose.*

Über Miliartuberkulose der Haut (und der angrenzenden Schleimhaut): Tuberculosis miliaris (s. Tuberculosis propria cutis et mucosae), von M. Kaposi. 52
Über einen Fall von Genital- und Hauttuberkulose, behandelt mit Tuberkulin R., von L. Seeligmann 53
Zur Differentialdiagnose „ex juvantibus" zwischen syphilitischen und tuberkulösen Geschwüren, von Augagneur 54
Tuberkulöses Geschwür der inneren Wangenfläche, von Carrière 54
Tuberkulöse Infektion des lymphoiden Gewebes im Pharynx etc., von J. Wright 54
Über Tuberkulose der Lymphgefäße der Extremitäten, von Jordan 54
Primäre Tuberkulose des Lides und der Caruncula lacrymalis. Ausbreitung auf die Lungen und Kehlkopf. Tod, von Armaignac 55
Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von Moynihan 55
Über die aktinomycesähnliche Form des Tuberkelbacillus, von Babes und Levaditi 56
Ein Fall von Lupus mit ungewöhnlichem bakteriologischem Befunde, von Minich 56
Über Lupus und Schutzpockenimpfung, von Liebreich 471
Über die Behandlung des Lupus vulgaris, von H. Müller 472
Über die Heifsluftkauterisation im speziellen bei Lupus vulgaris, von Holländer 473
Wirkung der Kalomelinjektionen bei Lupus, von Asselbergs 474
Kurze Mitteilung über die bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung des neuen Kochschen Tuberkulins, von Doutrelepont 474
Über das neue Tuberkulin TR. bei der Behandlung des Lupus und der Blasentuberkulose, von van Hoorn 474
Über die Behandlung des Lupus, von Janovsky 475
Die Thyreoidbehandlung des Lupus, von Proudfoot 476

γ. *Syphilis.*

Wahrnehmung der Härte des Schankers mit einem Finger; Touchieren mit einem Finger, von Aubert 56
Ein Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch, von S. Werner 56
Symptomatische Anomalien des syphilitischen Schankers und der Syphilide, von Barthélemy 57
Zur Kenntnis des pustulösen Syphilids (Syphilis maligna), von Magnus Möller 57
Zur Pathologie der Syphilide, von S. Ehrmann 58
Neue Ansichten über die Syphilis, von H. Stanasso 59
Über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis, von Campana 59
Wann dürfen Syphilitische heiraten? von E. Finger 60
Syphilis der Pfortader, von Seitz 60
Syphilis insontium, von E. Lesser 60
Über Färbung von Organismen in syphilitischen Geweben und die Übertragbarkeit der Syphilis auf Meerschweinchen, von Doehle 61
Einige Beobachtungen über Veränderungen des Blutes bei der Serotherapie der Syphilis, von A. Wewiorowsky 62
Bericht über zwei Fälle von Syphilis nebst Bemerkungen über Ptyalismus, von Drennen 476

Seite
Ungewöhnlicher syphilitischer Ausschlag bei einem Kinde, von West 476
Spätformen der Syphilis und deren Behandlung. Folgewirkungen an der Nase, von Knight 477
Beiträge zur Pathologie des Ikterus syphiliticus, von Werner 477
Ikterus und Frühsyphilis, von Moxter 478
Lungensyphilis, von Carruccio 478
Die Folgezustände der Syphilis im Rachen und deren Behandlung, von Nichols 478
Über einen Fall von erworbener Atresie des einen Gehörganges, sowie beider Naseneingänge, kompliziert mit luetischer Sattelnase, von Ketterl 478
Über die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von Wilbrand und Staelin 478
Syphilis der Prostata, von Rochon 519
Syphilis der Wirbelsäule, von Staub 519
Ein Fall von tertiärer Sklerose, von Deycke 520
Sind die tertiären Produkte der Syphilis infektiös oder nicht und was hat man unter maligner und galoppierender Syphilis zu verstehen? von v. Zeissl ... 520
Eine neue Theorie der kongenital-syphilitischen Frühaffekte, von Hochsinger .. 520
Über die Behandlung der Lues congenita Neugeborener mit Injektionen von Hg-Salicyl, von Korolew 521
Fälle von Keratitis luetica hereditaria, von Burchardt 522
Über einen Fall von Syphilis hereditaria, kombiniert mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen Pemphigus gangraenosus, von Manchot 522
Neurasthenie auf syphilitischer Grundlage, von Fournier 522
Beitrag zur Kenntnis der Persistenz der histopathologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis, von Hjelmman 523
Zur Diagnostik der syphilitischen Psychosen, von Postovsky 524
Letal endende Polyneuritis bei einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen, von Brauer 524
Neuritis multiplex im Sekundärstadium der Syphilis, von S. Grosz 526
Syphilisbehandlung und Balneotherapie, von Neisser 526
Über balneologische Behandlung der Lues, von E. Vollmer 527
Syphilis und Hydrotherapie, von Breyer 527
Was leistet die Hydrotherapie bei Behandlung der Syphilis, von Munter 528
Notiz über die Anwendung der Somatose bei Syphilis, von Metall 528
Über den gegenwärtigen Stand der Serumtherapie bei Syphilis, von Sack 529
Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate, von F. Epstein 529
Über den Wert der intramuskulären 5%igen Sublimatinjektionen in der Syphilistherapie, von Lukasiewicz 529
Die Kalomelinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von Jullien 530

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Ein Fall von Hyperkeratosis, von E. Fox 579
Die Diplokokken-Seborrhoe, von W. Hutchinson Merrill 579
Seborrhoea nigricans, von J. K. Mitchell 580
Pityriasis rosea (Gibert), von W. Sarubin 580
Chronisches Ekzem der linken Hand, von Verstraeten 580
Ein Beitrag zum Krankheitsbilde des Eczema tropicum (Lichen tropicus, Roter Hund), von R. Ruge 580
Das Ekzem des Nabels und dessen Behandlung, von Cantrell 581
Die lokale Behandlung der umschriebenen Ekzemformen, von Duhring 581
Lippenekzeme und Mundwässer 581
Über Psoriasis (Schuppenflechte) in Zusammenhang mit Gicht und Diabetes, von K. Grube 581
Einige Fälle von Psoriasis des Nagels, von Frèche 582
Über Psoriasisbehandlung, von Herxheimer 583
Behandlung der Psoriasis mit Orchitininjektionen, von Bouffé 583
Zur Behandlung der Psoriasis, von Heuss 583

Seite

Der Streptococcus als konstantes pathogenes Agens der Impetigo und des Ekthyma, von Balzer und Griffon ... 584
Beim Menschen beobachtete Erkrankungen infolge von Infektion mit Maul- und Klauenseuchegift, von Stierlin ... 584
Epidermolysis bullosa acquisata, von Ohmann-Dumesnil ... 585
Ein Fall von akutem Pemphigus (?), von Priestley ... 585
Zur Lehre und Diagnostik des Pemphigus, von Luithlen ... 586
Die Dysidrosis, von Farez ... 586
Ein Fall von Favus scrotalis, von Leitz ... 586
Ein Fall von Favus universalis, von Havas ... 587
Favus des Augenlides, von Pergens ... 587
Der Favismus und seine Behandlung ... 587
Trichophytie und Favus, von Unna ... 587
Die Behandlung des Trichophyton tonsurans capitis mit Formaldehyd, von Leslie Roberts ... 588
Über den Gebrauch des Ichthyols bei der Trichophytie, von De Amicis ... 589
Über Glossitis superficialis (Möller), von Polyák ... 589

b. der Cutis.

Über Bothryomykosis humana, von Poncet und Dor ... 589
Fall von Erythrodermie bei Mykosis fungoides, von Laparski ... 590
Ein Fall von Mykosis fungoides mit allgemeiner Drüsenschwellung, von Sederholm ... 590
Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis, von Delbanco ... 590
Ein Fall von Anthrax, von Kossel ... 591
Fall von Milzbrand, von Nammack ... 591
Pustula maligna im Gesicht, von Erdmann ... 591
Zwei Fälle von Coko oder Framboesia, von C. T. W. Hirsch ... 591
Zur Pathogenese des Bacillus pyocyaneus und Ätiologie des Ecthyma gangraenosum, von Hitschmann und Kreibich ... 591
Pyocyaneus-Infektion nach einem ulcerösen Ekthyma, von Triboulet ... 592
Ein Fall von chronischer Mastitis, Gangrän der Warze und deren Umgebung und Ausgang in Heilung, von Mays ... 592
Ein Fall von symmetrischer kongenitaler Gangrän, von Henrietta Stoffregen 592
Eine ungewöhnliche Form von Infektion der Haut und Unterhaut mit tödlichem Ausgange, von Ekehorn ... 593
Ein Fall von Sepsis nach einem Hordeolum, von Guth ... 593
Über primäre Dermatomyositis acuta et chronica, von Köster ... 594
Über Acne rosacea, ihre Ätiologie und Behandlung, von Bergh ... 594
Zur Ätiologie und Therapie der Sykosis der Oberlippe, von Srebony ... 594
Geschwüre, behandelt mit Oxygen, von Stoker ... 595
Zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Krebsgeschwür der Scheide, von Orlow ... 595
Behandlung der Leistenbubonen mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum oxydatum, von Thorn ... 595
Die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen, von Hahn ... 596
Über nicht-venerischen Bubo, von Skinner ... 596
Gonokokken in suppurierenden Bubonen, von Hansteen ... 596
Über nicht-venerischen Bubo, von Godding ... 596
Über die Ergebnisse von Immunisierungsversuchen beim Rotlauf der Schweine .. 597
Erysipelstreptokokken und Marmorekesches Serum, von Lemoine ... 597
Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel, von Bernhardt ... 597
Elephantiasis des linken Oberlides, von De Vincentiis ... 598
Elephantiasis des Vorderarmes infolge von Ekzem, von Mitchell ... 598
Elephantiasis neuromatodes des oberen Augenlides, von De Vincentiis ... 599
Zur Kenntnis des Erythema nodosum, von W. Goerlitz ... 599

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die infektiöse Wirkung der Blastomyceten der malignen Tumoren, von Sirleo ... 633
Über die Behandlung bösartiger Tumoren durch Injektion der Toxine des Strepto-

Seite

coccus erysipelatis, zugleich mit denen des Bacillus prodigiosus, sowie der nach den Methoden von Richet und Héricout und den von Emmerich und Scholl zubereiteten sog. anticancrösen Serumarten, von Roncali 633
Zur Behandlung des Hautcarcinoms, von Morgan 634
Patho- und Histogenese des Carcinoms und der Sporozoenkrankheiten, von Bosc 634
Über einen mit Lymphocytose einhergehenden Fall von Sarcoma multiplex cutis, von G. Dieballa 635
Sarkom des Vorderarmes, von Richmond 635
Melanosarkom der Haut, von Marsh 635
Ein Fall von maligner papillärer Dermatitis, von Wiggin und Fordyce 635
Riesenzellentumoren der Haut, von Targett 636
Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichts, von Ewald 636
Epithelioma contagiosum und Conjunctivitis follicularis, von Elschnig 636
Cornu cutaneum, von Reboul 636
Warzen und Suggestion, von Roussel 636
Ein Fall von Dystrophia papillaris et pigmentosa (Acanthosis nigricans), von Collan 637
Ein Fall von Acanthosis nigricans (Dystrophia papillaris et pigmentosa), von C. Boeck 637
Ein Fall multipler Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfs, von Freudweiler 637
Hämatom des Ohrläppchens, von Thomson 638
Haematoma tunicae vaginalis propriae testis, von Tolpigo 638
Ein Fall von subcutanen und intramuskulären, einfachen und cavernösen Angiomen und Angiolipomen des linken Arms und des Thorax, von Reboul 638
Multiple kongenitale Hautfibrome, von Tailhefer 638
Fibroma molluscum der Kopfhaut, operative Entfernung der Geschwulst, von Sender 638
Ein Fall von Diabetes mellitus mit Xanthoma diabeticorum, von James und Walker 638
Ein Fall von Lymphadenoma, von Wallis 639
Keloide der Ohrmuschel, von Scheppegrell 639
Doppelte Tarsalgie und symmetrische Lipome des Fufssohlengewölbes, von Féré 639
Ein Fall von Akromegalie, behandelt mit Thyreoidextrakt, von Rolleston 639
Über Akromegalie, von Hansemann 639
Zwei Vorlesungen über Morbus Addisonii, von Byrom Bramwell 640
Addisonsche Krankheit mit bilateraler Atrophie der Nebennieren, von Nixon und M'Weeney 640
Addisonsche Krankheit, von Bradshaw 640
Zwei Fälle von Addisonscher Krankheit, von Botkin 640
Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von Waldo 641
Beitrag zur Lehre von den Autointoxikationen beim Morbus Addisonii, von Mosse 641
Ein Fall von Lungensarkom mit Symptomen von Morbus Addisonii infolge von Beteiligung der Nebennieren, von Packard und Steele 641
Über Braunfärbung der Haut beim Gebrauche von Arsenik, von Smetana 642
Über die Behandlung der persistierenden Pigmentosen im Gesichte, von Braun 642

Regressive Ernährungsstörungen.

Eine Methode zur Verhütung von Narbenverkürzungen, von Zimmermann ... 643
Die Behandlung der chronischen Ulcera mit Hauttransplantation nach Thiersch, von Parrot 643
Zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs, von v. Langsdorff . 643
Die Methode von Moreschi bei der Behandlung des Ulcus varicosum cruris, von Turazza 643
Zur konservativen Behandlung ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre, von Kretz 643
Die Behandlung der Ulcera varicosa, von Thomas 644
Die praktische chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von Hoersheim ... 644
Über Moosbetten und Decubitus, von Sander 644
Über die Hemiatrophia faciei, von Jendrassik 644
Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva, von Le Maire 644
Hemiatrophie der Zunge, von Moyer 645

Seite

Ein Fall von partieller Gangrän nach Exstirpation eines Aneurysma popliteum dissecans, von Beck ... 645
Über spontane Gangrän, von Mundt ... 645
Multiple Hautgangrän der Kopfhaut bei einem kachektischen Kinde, von Heath 645
Akut sich verbreitende Gangrän in Verbindung mit Glykosurie, von Waring .. 645
Zeitweiliger Stillstand im Wachstum der Nägel nach Collesscher Fraktur, von Davison ... 646
Die Bakteriologie der Alopecia areata, von Thin ... 646
Beiträge zur Lehre von der Alopecia, von Janovsky ... 646
Zur Trichorrhexis nodosa, von Panichi ... 647
Ein seltener Fall von Vitiligo, von Reinhard ... 647
Beobachtung des Anfangsstadiums einer Diabetidenart der Genitalgegend beim Manne, von Barthélemy ... 648
Operoderma genito-dystrophicum. Eine neue Krankheit, von Rummo und Ferannini ... 648
Myxödem, von Deut ... 649
Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von Waldstein ... 649
Ein Fall von Scleroderma diffusum, von Peterson ... 649
Ein Fall von Scleroderma diffusum in Verbindung mit chronischen fibrösen Veränderungen in der Schilddrüse, Verminderung des Thyrojodins und Zunahme der chromophilen Zellen und des Kolloids in der Hypophysis, von Hekken; mit Angabe der chemischen Analyse der Schilddrüse, von Wells ... 649
Ein Fall von Sklerodermie erfolgreich behandelt mit Extractum thyreoideae, von Weber ... 650
Zwei Fälle von Septikämie mit Scleroderma neonatorum, von Comba ... 650
Sclerema neonatorum, von Garrod ... 650
Die Behandlung der Sklerodermie, von Philippson ... 650

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einen Fall von sogenannter Müllerkrätze (Siderosis cutis autorum), von Schaller ... 652
Distoma hepaticum der Haut, von Malherbe ... 652
Über einen Fall von Sarcoptes vulpis beim Menschen, von Weydemann ... 652
Subcutanes Emphysem, von Musgrove ... 653
Ein Fall von Myiasis dermatosa oestrosa, von Nagel ... 653
Myiasis dermatosa oestrosa, von Wilms ... 653

Mifsbildungen.

Naevus, von Delbanco ... 653
Über Naevus linearis, von Galewsky und Schlossmann ... 655
Zwei Fälle von strichförmigem Naevus, von P. A. Morrow ... 655
Ein Fall von Dermatitis linearis neuropathica, von Leven ... 656
Ein seltener Fall von Pigmentnaevus, von Sprecher ... 656
Naevus teleangiectodes, von Hutelmis ... 656
Über einen eigentümlichen Fall von Naevus verrucosus pigmentatus universalis, von De Amicis ... 656
Zur Behandlung der Muttermäler, von Alger ... 657
Kongenitale Hypertrichosis der Lendengegend bei zwei Schwestern, von Parry . 657
Die galvanokaustische Glühnadel, ein Mittel zur Beseitigung lästiger Haare, von Bloebaum ... 657
Über einen ursprünglich als Verletzung angesehenen kongenitalen Cutisdefekt am Scheitel eines neugeborenen Kindes, von Dittrich ... 658
Ein Fall von Makrodaktylie der grofsen und zweiten Zehe des rechten Fufses, von Boros ... 658
Eine seltene Prädilektionsstelle von Atheromen, von Trnka ... 659
Dermoidcyste der Zunge, von Kiliani ... 659

Sekretionsanomalien.

Zur Behandlung der Hyperidrosis und Bromidrosis, von Paul Richter ... 651
Über die Pflege der Füfse mit besonderer Berücksichtigung der Schweifsfüfse, von Zuelch ... 651

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Nieren, Ureteren, Harn.

Seite

Über den Verlauf der Ureteren, von E. Funke ... 156
Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen? von Leopold Casper ... 156
Über die Katheterisation der Ureteren, von Hottinger ... 157
Operation einer klappenförmigen Striktur des Ureters, von Fenger ... 157
Über einen in einem Ureter steckengebliebenen Stein, von J. Lloyd ... 157
Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Harn und über ein neues Urometer für geringe Harnmengen, von A. Jolles ... 157
Bemerkungen zu den urometrischen Untersuchungen des Herrn Dr. A. Jolles, von Th. Lohnstein ... 158
Behandlung der harnsauren Diathese mit Citronensaft, von Spillmann ... 159
Anurie geheilt durch Einspritzungen in die Blase mittelst borsäurehaltiger Abkochung von Belladonnablättern, von Albespy ... 159
Die Behandlung einiger Formen von Albuminurie mit der Reni-Punktur, von R. Harrison ... 160
Die Albuminurie im Gefolge der Chloroformnarkose, von Peretti ... 160
Über Bakteriurie bei Enuresis diurna, von Nicolaysen ... 160
Beobachtungen über Bakteriurie, von Hogge ... 160
Über einen Fall von tropischer Hämaturie, bedingt durch Distomum haematobium, von Huber ... 161
Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Gemmell ... 161
Fall von Hämoglobinurie infolge von Chininmedikation bei Malaria, von Grocco 161
Über die Malariahämoglobinurie, von Baccelli ... 161
Experimenteller Beitrag zum Studium der Genese der Urobilinurie, von Giarré 161
Über die Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin, von M'Call Anderson . 161
Über den Nachweis von Hämatoporphyrin im Harn, von Archibald E. Garrod 161
Über Hämatoporphyrinurie, von Nakarai ... 162
Neue Methode zum Nachweise des Indikans im Harn, von Loubiou ... 162
Beitrag zum Studium der Indikanurie bei Kinderkrankheiten, von C. Cattaneo 162
Über das Urocyanin, einen neuen Harnbestandteil, von Cotton ... 162
Ein Fall von Chylurie, von H. J. Daggett ... 163
Nachtrag zu „Eine Methode zum Nachweis lokaler Zuckerausscheidung in den Organen, speziell in der Niere", von Seelig ... 163
Über die Vulvovaginaldrüsen und ihre Eiterungen, von Dujon ... 163
Zur Ätiologie der sogenannten Kolpohyperplasia cystica, von Otto Th. Lindenthal 163
Über Kraurosis vulvae, von Pichevin und Pettit ... 164
Über Elephantiasis vulvae, von Kötschau ... 164
Soor des weiblichen Genitales, von Isidor Fischer ... 165
Nahtmethode in drei Etagen bei Vesicovaginalfistel, von Assaky ... 165

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Blennorrhoe, von Jadassohn ... 165
Über einen Fall von Pyämie nach Blennorrhoe, von Nannotti ... 166
Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von L. Casper ... 166
Eine neue Urethralspritze, von Lanz ... 166
Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe, von Duquaire ... 167
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Argonin, von A. Gutheil ... 167
Behandlung der Urethritis blennorrhoica beim Weibe mit Ichthyolstäbchen, von Chaix 167
Ichthyol bei Urethritis blennorrhoica der Frau, von Marmonier ... 167
Über die Thermotherapie der Blennorrhoe, Spülungen mit hoher Temperatur, von Callari ... 167
Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethralblennorrhoe mit Sublimat, von Andriani ... 168
Die Verwendung von permangansaurem Zink zur Behandlung der Blennorrhoe, von A. S. Hotaling ... 168

Verschiedenes.

Seite
Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe ... 63
Ein Suspensoriumersatz, von Karl Gerson ... 116
Ein neues Ästhesiometer, von H. Guessbach ... 116
Personalnotiz ... 116
Zur Behandlung der schmerzhaften Analfissur, von Doumer ... 168
Therapeutische Mitteilungen, von E. Pontoppidan ... 272
Beitrag zum Studium der Morphologie der Prostituierten, von Jullien ... 272
Die neue Casparheinrichquelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der Harnorgane, von Foss ... 375
Grofses Angiom der Oberlippe, von Robert Morris ... 376
Hautaffektion bei blennorrhoischer Septikämie, von Robert Morris ... 376
Cyste und Abscefs in der Palma manus, von Robert Morris ... 376
Kompendium der Hautkrankheiten von S. Jessner, in Italienische übersetzt von Alippio Rondelli ... 376
Die Filaria medinensis und die Lepra in Turkestan, von Durante ... 428
Dermatotherapeutische Präparate, von W. Mielck ... 428
Zweiunddreifsigster Jahresbericht aus dem Spitale für Hautkrankheiten zu Belfast 530
Die konträre Sexualempfindung in ihren Beziehungen zum § 175 des Strafgesetzbuches, von Cramer ... 530
Ein Fall von Homosexualität bei einem Weibe, von Looft ... 531
Über einige seltenere Zungenerkrankungen, von Schwimmer ... 531
Giftiges Haarfärbemittel, von Sendtner ... 532
Ein neues Ästhesiometer, von Griesbach ... 532
Ekzemin ... 600
Median gelegener Bubo der Regio suprapubica, von Casteret ... 600
Über die Folgen der einseitigen Exstirpation der Nebennieren, von Velich ... 600
Lanolin und Lanolinum ... 600. 660
Das New Yorker Spital für Haut- und Krebskranke ... 659

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis ... 661
VI. Namenverzeichnis ... 680

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Die Zusammensetzung des Leprabacillen-Schleims, von P. G. Unna (Tafel I) ... 17
Die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, von Eichhoff (Tafel II) ... 221
Das Vorkommen der Mikrosporie in Hamburg, von Trachsler (Tafel III) ... 273
Verschlufsapparat für die Harnröhre zum Zwecke der Verweilinjektionen, von E. Schiff ... 344
Der Mikrobrenner, von P. G. Unna ... 388
Über das Erythema induratum Bazins, von Ch. Audry (Tafel IV) ... 481
Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung, von P. G. Unna (Tafel V und VI) ... 601

H658

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 3 1898

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 1. 1. Januar 1898.

Ein Rück- und Vorblick.

Vom

Herausgeber.

Mit dem letzten Heft dieser Zeitschrift wurde der 25. Band derselben abgeschlossen. Ein solcher Zeitpunkt ist wohl geeignet zu einem Rückblick auf den bisher durchmessenen Weg. Es drängt sich unwillkürlich dem Freunde und Leser der Zeitschrift, noch ernster und dringlicher aber dem Herausgeber die Frage auf, ob die bei der Gründung in Aussicht genommenen Ziele sich erfüllt haben, ob eine 16jährige Erfahrung die anfangs gehegte Erwartung bestätigt hat, dafs mit der Gründung eines fortschrittlich gesinnten Fachblattes dem wahren Fortschritt unserer Fachwissenschaft gedient sei.

Da der jetzige Herausgeber auch der intellektuelle Urheber der Zeitschrift war, so ist es ihm wohl gestattet, heute daran zu erinnern, dafs ihm persönlich nie etwas ferner gelegen hat, als ein referierendes Centralblatt der Dermatologie mit der beliebten dekorativen Zugabe kasuistischer Originalbeiträge ins Leben zu rufen. Ihm, als dem mehrjährigen Mitarbeiter an Auspitz' Archiv, schwebte vielmehr nichts Geringeres vor als die Gründung eines durch geringeren Umfang und häufiges Erscheinen von der Schwerfälligkeit eines Archivs befreiten Organes, welches sich ganz speziell dem Fortschritt der dermatologischen Disziplin dienstbar machte. Die anspruchslose äufsere Form sollte es ermöglichen, die bis dahin nur in einem noch sehr engen Kreise von Fachgenossen ventilierten Fragen vor das Forum aller Ärzte zu ziehen, einerseits um das Interesse für jene in immer weitere Kreise zu tragen, andererseits um durch die Mitarbeit vieler einzelner, bis dahin schlummernder Kräfte die notwendige Beschränktheit und Einseitigkeit der Schulen, vor allem der damals noch eine erdrückende Autorität ausübenden Wiener Schule auszugleichen.

Wie wenig damit eine Opposition gegen die Wiener Schule als solche beabsichtigt war, geht am besten daraus hervor, dafs anfangs Auspitz

selbst in die Redaktion dieser als eines zwanglos beweglichen Beiblattes zum Archiv gedachten Zeitschrift eintreten sollte und, als dieser Plan sich aus äufseren Gründen zerschlug, HANS VON HEBRA an seiner Stelle in die Redaktion eintrat.

Vier Aufgaben waren es zunächst, an welche die Gründer der *„Monatshefte für praktische Dermatologie"* mit Eifer heranzutreten hatten.

Es war durch kritisch referierende Bearbeitung der uns zunächst liegenden Teile der medizinischen Grundwissenschaften, der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie, die fast verloren gegangene Fühlung der schulgemäfsen Spezialwissenschaft mit der allgemeinen beständig fortschreitenden Gesamtwissenschaft wiederzugewinnen. Die hierzu notwendige, gleichsam immanente Kritik, die nur Fleifs und logisches Denken voraussetzte, hatte einerseits alte Irrtümer zu beseitigen, die sich in die Dermatologie eingeschlichen hatten, andererseits die Lücken und zweifelhaften Punkte aufzudecken, an welche von neuem der Hebel selbständiger Arbeit angesetzt werden mufste.

Die zweite, höhere und schwierigere Aufgabe, welche aufser Fleifs und Scharfsinn vor allem Talent voraussetzte, war dann die Ausfüllung jener Lücken durch neue, methodisch angelegte Untersuchungen, welche eben die Grundlage der neuen Fortschritte abzugeben hatten.

Einen dritten, sehr wesentlichen Punkt bildete sodann die Herbeiziehung der Resultate aller wichtigen ausländischen Forschungen. In dieser Beziehung war für den Herausgeber besonders der internationale Kongrefs von 1881 in London entscheidend. In seinem in der *Berliner klinischen Wochenschrift* erstatteten Referate hob er damals die überraschende Fülle neuer Thatsachen hervor, welche wir der schullosen Thätigkeit einzelner englischen Ärzte zu verdanken haben, Thatsachen, die damals in Deutschland noch fast unbekannt waren.

Endlich wurde die allseitige Bearbeitung der Therapie mit den modernen Hülfsmitteln der Chemie und Technik ins Auge gefafst.

Wie ein Blick auf die Originalien zeigt, welche die 25 Bände unserer Zeitschrift füllen, hat die letztere im wesentlichen die Aufgaben gelöst, welche damals dem Herausgeber vorschwebten. Wir werden dieses noch im einzelnen näher zu zeigen haben. Dieser Teil der Zeitschrift ist es, durch welchen sich dieselbe die Achtung aller Forscher und aller denkenden Ärzte nicht nur auf dem Gebiete der Dermatologie allein erworben hat. Aber ein anderes ist es, dem wissenschaftlichen Fortschritt zu dienen, ein anderes, dem täglichen Brot des Praktikers. Dieser letzteren Aufgabe ist unsere Zeitschrift erst in der letzten Hälfte ihres Bestehens und zwar von Jahr zu Jahr mehr gerecht geworden, nämlich durch genaueste und zugleich rascheste Berichterstattung über die gesamte Weltlitteratur der Dermatologie, Syphiligraphie

und Urologie. Es wäre höchst undankbar vom Herausgeber, nicht gleich an dieser Stelle zu betonen, dafs die Zeitschrift diesen Vorzug ganz allein der unermüdlichen Arbeitskraft und dem seltenen Organisationstalent seines Mitherausgebers zu verdanken hat, sowie dem Fleifse eines vorzüglichen Stabes von Referenten, deren Namen jede Nummer aufweist. Mittelbar ist diese Eigenschaft, zugleich das best redigierte referierende Centralblatt unter allen bestehenden Fachzeitschriften zu sein, auch den wissenschaftlichen Zielen unseres Blattes zu Gute gekommen, indem sie den Leserkreis desselben vermehrte und damit die Möglichkeit gab, für den Originalteil gröfsere Aufwendungen an Tafeln etc. machen zu können.

Werfen wir nun einen Rückblick auf die Leistungen unseres Blattes unter den soeben hervorgehobenen Gesichtspunkten, so übergehen wir natürlich alle kasuistischen Mitteilungen, alle syphiligraphischen und urologischen Arbeiten, wie sie auch in allen übrigen Fachzeitschriften in reichem Mafse vorhanden sind und halten uns nur an das Besondere, das Spezifische, dessen Kultivierung seit Gründung der Zeitschrift Hauptaugenmerk des Herausgebers war.

Hier treffen wir zuerst auf die vielen, wertvollen ausländischen Beiträge, welche hauptsächlich die ersten Bände unserer Zeitschrift füllen und ihr von vornherein einen internationalen Charakter aufprägten. Hier wurde der deutsche Leser zum ersten Male (1882) mit den englischen Arbeiten über das Myxödem, über die Morphoea, über die Mundaffektion bei Lichen ruber bekannt gemacht. Vorzügliche kritische Übersichten aus der Feder des Ehepaares Hoggan orientierten über die bis dahin bei uns unbekannten englischen Untersuchungen über Urticaria pigmentosa (82) und Cheiropompholyx (83), denen sich Originalartikel der Hoggans über dieselben Gegenstände anschlossen. Bekanntlich haben dann auch später beide Affektionen ihre definitive pathologische Definition in unserem Blatte gefunden, die Urticaria pigmentosa durch den Nachweis des Mastzellentumors (Unna, 87, *Derm. Stud.*), der Cheiropompholyx durch den Nachweis der Unabhängigkeit von den Schweifsdrüsengängen (Williams 91, Santi 92). Es folgten sodann bemerkenswerte amerikanische Beiträge. Piffard (84) machte Mitteilungen über amerikanische Heilmittel, Shoemaker (84) führte die Oleate, Hardaway (85) die Elektrolyse der Hypertrichosis bei uns ein, welch' letztere dann durch Artikel von Michelson und Unna (86) weiter eingebürgert wurde. Die bedeutendste Anregung gab aber Duhring durch seine Arbeiten über die bis dahin unbekannte Dermatitis herpetiformis (88, 90). Um diese Zeit erschlossen die Pariser Briefe des Herausgebers (88) den deutschen Dermatologen die Schätze des Hospitals St. Louis und des Museum Baretta, welche seit jener Zeit einen immer wachsenden Strom wifsbegieriger Jünger nach Paris gezogen haben. Wiederum waren es sodann in ununterbrochener Reihenfolge englische

Arbeiten, welche durch unsere Zeitschrift ihren Weg zu den deutschen Dermatologen nahmen; wir nennen nur die hauptsächlichsten: Über das Xanthom bei Glykosurie (Robinson 89, Cavafy 91), den Pemphigus conjunctivae (Morris, Roberts 89), die Dermatitis exfoliativa universalis (Stephan Mackenzie 89), das Adenoma sebaceum (Pringle 90), Lymphangioma circumscriptum (Noyes 90), Hutchinsons Sommerprurigo (Berliner 90, Buri 91, Broes van Dort 92), Erythema keratodes der Palma und Planta (Brooke 91), Savills neue epidemische Dermatose (Savill 92, 94), an die sich weitere Arbeiten über dasselbe Thema (Russell 92, Echeverria 94, 95) anschlossen, das Angiokeratom (Pringle 91, Crocker 92), multiple, benigne Tumoren (Colc. Fox 92), Epithelioma adenoides cysticum (Brooke 92), Hydradenitis destruens suppurativa (Pollitzer 92).

Dieser glänzenden Reihe von Bereicherungen unseres Wissens stehen nur wenige Beiträge, die sich an die Entdeckung französischer Autoren knüpfen, gegenüber. Es sind hauptsächlich nur die Arbeiten über Dariers Dermatose (Buzzi und Miethke 91, Krösing 92), über die Pityriasis pilaris (Boeck 89), über das Pseudoxanthoma elasticum (Darier 96) und die Dermatitis durch X-Strahlen (Oudin, Barthélemy und Darier 97). Bis zu einem gewissen Grade ist dieser auffällige Unterschied durch äufserliche Gründe bedingt und insofern liegt ein Appell an die Redaktion vor, die Goldkörner der französischen Litteratur mehr als bisher den deutschen Dermatologen zugängig zu machen. Aber zu einem grofsen Teile beruht diese Differenz sicherlich auch auf der Grundverschiedenheit englischer und französischer Anschauung. Auch in Frankreich herrscht das Schulwissen vor und damit die Neigung, das Ungleichartige, Neue auf Kosten des Gleichartigen, Bekannten zu vernachlässigen. Umgekehrt in England, wo mit der Originalität der Geister geradezu die notwendige Unbefangenheit in der Auffassung des Neuen grofsgezogen wird. Nur unter diesem Gesichtspunkt wird es verständlich, dafs bei der Fülle von Intelligenz und Wissen, wie sie im Hospital St. Louis herrscht, die Ausbeute an wesentlich neuen Thatsachen geringer ausfällt, als man voraussetzen möchte. In den Mauern dieser ehrwürdigen Hautmetropole gehört die grandiose Eigenart eines Sabouraud dazu, um durch die Wolke der Tradition neue Dinge zu sehen, wie sie sind.

Deutschland steht mit neuen Beiträgen zur Klinik der Hautkrankheiten etwa in der Mitte zwischen England und Frankreich. Wir heben hervor: das akute Hautödem (Quincke 82), die Diphtherieexantheme (E. Fraenkel 83), die hereditäre Neigung zur Blasenbildung (M. Joseph 86), Berghs Nachweis einer Flohlarve beim Menschen (85), G. Josephs Studie über eine Myiasis externa beim Menschen (87), die Hyperkeratosis subungualis (H. v. Hebra 87), das seborrhoische Ekzem (Unna

87), das Syringo-Cystadenom (Török 89), das Ulerythema ophryogenes (Taenzer 89), die schwarze Haarzunge (Brosin 88, *Studien*), die Neurosyphilide und Neurolepride (Unna 89, *Studien*; Nielsen 96), die bacillogene Sykosis (Tommasoli 89), das Ulerythema sykosiforme (Unna 89), die Einführung der Kraurosis vulvae in die Dermatologie durch Ohmann-Dumesnil (90), neue Schleimdrüsenerkrankungen des Mundes (Unna 90) und das Akrokeratoma hereditarium (Neuburger 90).

Italien ist mit neuen Beiträgen vertreten durch die Porokeratosis (Mibelli 93, 95, Respighi 94) und das pentosurische Xanthom (Colombini 97).

Auch in den klinischen Arbeiten, soweit es sich um bekannte Dermatosen handelt, verleugnet sich nicht der internationale Charakter und hier treten, wie zu erwarten war, die Franzosen rühmlichst hervor. Vor allem Brocq mit seiner vorzüglichen Bearbeitung der Duhringschen Krankheit (89), denen sich dann deutsche Autoren anschliefsen (Unna 89, Funk 93, Heuss 96), sodann Vidal in der Prurigofrage (93), die weiterhin von Brocq, Tommasoli und Mibelli aufgenommen wird (95), um mit den Auslassungen Besniers und Whites auf dem Londoner Kongresse (96) vorläufig abzuschliefsen. Früher schon wird der Lichen in unserer Zeitschrift fleifsig bearbeitet (Unna 82, 86, Boeck 86, Róna 87), um zur Zeit des Pariser Kongresses an Interesse zu gewinnen (Török 89, H. v. Hebra 90) und mit der definitiven Abtrennung der Pityriasis rubra pilaris Devergie vom Lichen planus Wilson zu enden (v. Düring 93). Fox giebt dann noch Mitteilungen über den Lichen planus infantum (91), Brocq über Prurigo-Lichen (92). Ein ebenso früh schon klinisch in unserer Zeitschrift mit Vorliebe bearbeitetes Thema ist die Lepra. Ich nenne: Hoggans (82), Lima (87), Lutz (87), Lima und de Mello (87), Chassiotis (87), Daubler (89), Rake (89), Münch (89), Münch (*Studien* 93), v. Düring (93), Schneider (93), Engel (93), Reisner (94). Sehr ausführliche und genaue Referate über die Lepralitteratur machen aufserdem vom Ende der 80er Jahre an die Monatshefte nebenbei zu einem Centralblatt der Leprologie. Sodann müssen wir der Arbeiten über die verschiedenen Formen der Alopecia areata und neurotica gedenken (Joseph 86, Schütz 87, Robinson 88, Pontoppidan 89) und andererseits derjenigen über Hypertrichosis (Rohé 88, Geyl, *Studien* 90), sodann über den Doppelkomedo (v. Düring 87, Ohmann-Dumesnil 87), über die Urticaria infantum (Colc. Fox 90, Funk und Grundzach 94), über Arzneiexantheme (Brooke, Fox 90), Vaccineexantheme (Morris 90), Herpes menstrualis (Bergh 90), Dengueexanthem (v. Düring 90), Erythromelalgie (Staub 94). Gröfsere und zum Teil grundlegende Arbeiten lieferte Polotebnoff über die Erytheme (87, *Studien*) und über Psoriasis (90, *Studien*). Über den letzteren Gegenstand handelte Nielsen (92),

Dubreuilh (96), Kuznitzky (96), über die Parakeratosen im allgemeinen Unna, Santi und Pollitzer (90), über das Ekzem: Bulkley (*Studien* 90), das seborrhoische Ekzem: Perrin (96), über die Keratosen im allgemeinen: Mibelli (97), über die Keratosis pilaris: Brocq (93), über die Melanosis und Keratosis arsenicalis: Nielsen (97), über die autotoxischen Keratodermiten: Tommasoli (*Studien* 93); derselbe Autor brachte eine eingehende Studie über die Syphilide (89 *Studien*), Haslund einen Artikel über die Entstehung der tertiären Syphilide (93), Funk (89), Amicis (97) und Semenow (97) wertvolle Arbeiten über die Sarkome. Unter den zahlreichen Arbeiten über Tuberkulose der Haut und Tuberkulin erwähnen wir nur die ausländischen von Leloir (91) und Audry (95). Ersterer, unser allzufrüh verstorbener Freund, handelte auch zweimal über die eitrigen Entzündungen der Haut (88, 95). Müller lieferte eine für uns sehr wertvolle kritische Übersicht über alle Hauterkrankungen unserer Haustiere (87, 89). Erwähnen wir noch die interessanten Artikel von Bergh über Tättowierungen (91) und die Glandula vestibularis major (95), die anregende Arbeit von Philippson über die Naevi lineares (90), diejenige über Lymphangiome von Török (92) und Heuss (96) — alle anzuführen verbietet der Raum —, so ergiebt sich, dafs in klinischer Hinsicht kaum eine Seite unserer vielgestaltigen Wissenschaft unberührt geblieben ist, dafs viele Kapitel durch tüchtige Arbeiten von bleibendem Werte ausgezeichnet wurden und dafs unsere Zeitschrift, ihrem anfänglichen Prinzip getreu, die Erfahrungen und Ideen der hervorragendsten ausländischen Autoren in Deutschland heimisch gemacht hat.

Ihrer Rolle als Vermittlerin ausländischer Resultate und Anschauungen werden die Monatshefte auch in Zukunft treu bleiben. Zu wünschen wäre nur, dafs neben der Erforschung des unendlich viel Neuen, noch Undiagnostizierbaren, was uns täglich umgiebt, auch das scheinbar längst Bekannte, das Ekzem, die Impetigo, die Akne, deren Wesen uns durch histologische und bakteriologische Untersuchungen vielfach in ein neues Licht gerückt ist, bis ins Einzelnste hinein von neuem klinisch durchforscht und dargestellt würde. Hier allerdings darf der Blick am wenigsten von der Wolke der Tradition umfangen sein.

In noch reicherem Mafse als die Klinik hat die Therapie vom Inhalte unserer Zeitschrift Nutzen gezogen. Man kann geradezu sagen, dafs die ganze moderne Behandlungstechnik konform mit unserer Zeitschrift herangewachsen ist und dafs die hauptsächlichsten Verbesserungen in ihr das Licht der Welt erblickt haben. Eine kurze Übersicht der wesentlichen hierauf bezüglichen Artikel mag diese Thatsachen dem Leser ins Gedächtnis zurückrufen: Einführung der Pflastermulle (Unna 82), der Salicylsäure als Keratolyticum (Unna 82), des Ichthyols (Unna 82, Baumann und Schotten 83, Knorr 84, Unna 86, *Studien*, Lange 89, Unna 89, Unna 97), der medikamentösen Leime (Pick, Unna 83), der

Lassarschen Paste (83), des Resorcins (Andeer 84, 85, 86, Ihle 85, Unna 86, Boeck 86, Küffner 86, Unna 89, Dreckmann 90, Boeck 91, Unna 91), der Pasten überhaupt (Unna 84), der Kühlsalben (Unna 84, Dieterich 87), der Injektionen von Blutserumquecksilber (Bockhart 85, Róna 86), der Salben- und Pastenstifte (Unna 86), der Salbenseifen (Unna 86), des Mollins (Kirsten 87), der Hautfirnisse (Unna 87), der Spickmethode beim Lupus (Unna 88), der durchlässigen Bandagen bei Verbrennungen (Unna 88), des Thiols (Buzzi 89), des Chrysarobins bei Trichophytia capitis (Unna 89), des Baryum sulfuratum zur Enthaarung (Clasen, Unna 89), des Oleum physeteris (Goldberg 90), des Hydroxylamins (Eichhoff 90), der operationslosen Behandlung des eingewachsenen Nagels (Unna 90), neuer reduzierender Körper, wie Natrium und Calcium subsulfurosum, Zinkstaub (Ihle 90), der Ichthyolfirnisse (Unna 91), des Thiosinamins (H. v. Hebra 92), des Adeps lanae (Sack 93, Taenzer 93, Ihle 94, Unna 95, Müller 96), der Kali chloricum-Zahnpaste (Unna 93), der Zinkoesypuspaste (Ihle 90, Berliner 93, Ruge 96), des Jodrubidiums (Leistikow 93), eines verbesserten Zinkleims (Hodara 94), des Resorbins (Hahn 94, Ledermann 94, Görl 95), des Schleichschen Verfahrens in die Dermatologie (Scharff 94), des Steinkohlenteers in verbesserter Form (Fischel 94, Leistikow 94, Sack 96), des Jodvasogens (Leistikow 94, 95, 96), der Caseïnfirnisse (Unna 95), des Bleiwasserliniments (Boeck 95), der Nicotianaseife (Taenzer 95), des Tannoforms (Frank 96), des Salicyl-Seifen-Pflastermulls (Leistikow 96), des Filmogens (Schiff 96, Unna 97), der Paraplaste (Unna 97), des Ichthalbins (Sack 97).

Aufser dem Verdienst, in dem Zeitraum von 16 Jahren so viele neue und gute Medikamente und Methoden eingeführt zu haben, gebührt den Monatsheften noch das andere, eine grofse Reihe von älteren Methoden und bekannten Medikamenten verbessert, rationeller gestaltet oder für den praktischen Gebrauch eingerichtet, und weiter, die theoretische Seite mancher Mittel erforscht zu haben. In letzterer Beziehung sei an die folgenden Arbeiten erinnert: Über Arsenwirkung (Schulz 82), Schwefelwirkung (Unna 82, 83, Schulz 88), über die Wirkung des Kochsalzes, Chlorcalciums und der Soolen (Lier 88, Piffard 88). Übersichtliche Zusammenstellungen lieferten über die Salben- und Pflastermulle: Janovsky (84) und Taenzer (94), über die medikamentösen Seifen: Eichhoff (89 *Studien*), Buzzi (90 und *Studien* 91) und Jamieson (90), über Jodoform: Unna (85) und Bockhart (86), dieselben Autoren über Kokain (86). Über einzelne Medikamente und Vehikel handelten: Unna und Mielck (Seifengeist 87), Unna (Chloroformwasser 88), Lanz (Trichloressigsäure 95), Santi (Lanolin 92), Audry (Salbenstifte 95), Boeck (Oleum physeteris 95), Tommasoli (Seruminjektionen 97). Kleinere praktisch-therapeutische Artikel schrieben: Baelz (Frostbeulen 90), Brooke (Lupus 90), Veiel

(Furunkulose 90), Scharff (Furunkulose 90, Lupus 95), Unna (Sykosis 88, Hand- und Fingerekzeme 94), Audry (Ulcus molle 96), van Hoorn (Furunkulose 94), Boeck (Frostmittel 95), Nielsen (Myxödem 94), Eddowes Acne rosacea 94), Neebe (Schweifsfüfse 94, Ulcera cruris, Lichen urticatus 95), Leistikow (Alopecia areata, Neurosyphilide, Sykosis, Leukoplakie 94, Pityriasis rosea, Verbrennung 95). Auch unser dermato-urologisches Instrumentarium erhielt durch Publikationen in unserer Zeitschrift wesentliche Bereicherungen, so durch die Salbensonden (Unna 84, Appel 86, Planner 87) und manche der nach der Kopenhagener Ausstellung (84) publizierten Instrumente (85), die Hautklammern (Unna 87), die gläsernen Endoskope (Unna 87), das Diaphotoskop (Schütz 87), den regulierbaren Zerstäuber (Unna 88), den Minimalbrenner (Taenzer 89), den Mikrobrenner (Unna 90), den Dampftrichter (Unna 91), die Hautschienen (Engmann und Unna 93), das Diaskop (Unna 94), neue elektrolytische Apparate (Santi 94). Die Anwendung des Paquelins besprach Unna (89).

Diese Seite unserer Wissenschaft war es, auf welche schon im Titel unserer Zeitschrift durch das Beiwort „praktisch“ hingewiesen wurde. Wie die eben gegebene kurze Übersicht zeigt, ist die praktische Seite in der That wesentlich, ja mit überraschendem Erfolge zur Geltung gekommen. Es wird in Zukunft eine der hauptsächlichsten und dankbarsten Aufgaben der Redaktion sein, dieselbe weiter zu kultivieren, weniger durch Bearbeitung der scharenweise von aufsen heranrückenden neuen Mittel, als durch Klarstellung der Indikationen im einzelnen bei den alten, schon bewährten, durch Heranziehung chemischer, physiologischer und histologischer Untersuchungen, die geeignet sind, ihre Wirkung aufzuklären, und durch ein liebevolles Eingehen auf ihre Verwendung in der täglichen Praxis.

Wenn in Bezug auf die Fortschritte der Klinik und Therapie der Herausgeber mit einiger Genugthuung konstatieren kann, dafs seine Hoffnungen sich erfüllt haben, ja in manchen Beziehungen übertroffen worden sind, so läfst sich das nicht mit gleichem Rechte von den Grundwissenschaften, der Anatomie und Physiologie, behaupten. Gerade hier suchte der Herausgeber im Anfange (82) durch kritische Übersichten (Fett, Lymphe, Keratohyalin 82, Elastin, Kern- und Zellteilung 84), welche fünf Jahre später systematischer wiederholt wurden (Fortschritte der Anatomie der Haut 88, 89) eine Klärung der schwebenden Fragen herbeizuführen, die ja stets die Grundlage für neue positive Arbeiten abgeben müssen, und ein Forscher wie Flemming beschenkte uns mit einigen wichtigen neuen Thatsachen (Drillingshaar 83, Zellteilung im Haarbalg 84). Aber im ganzen stockte das Interesse für diese wichtigste unserer Vorwissenschaften. Um so dankbarer müssen wir die wenigen Beiträge von berufener Hand anerkennen, die uns im Laufe der Zeit von aufsen

zuflossen: Wolff (Tastkörperchen 83), Blaschko (Versilberung der Haut 86), Kromayer (Lymphcirkulation, neue Einteilung der Haut 91), Bergh (Anatomie des weiblichen Genitale 94, 97), Ohmann-Dumesnil (Epitrichium 95), Audry (Mastzellen 96) und die Arbeiten über Epithelfasern von Kromayer, Ehrmann und Hodara (97). Nur in wenigen Richtungen vermochte der Herausgeber bei seinen Schülern und anderen Kollegen das Interesse für rein anatomische Untersuchungen zu entfachen. Hierher gehört eine Arbeit über das Pigment (85), welcher die von Morison über das Pigment der Neger folgte (89), die Arbeit von Philippson über die Flächenbilder der Cutis und Oberhaut (89), welche die von Brandt über die Flächenbilder beim Hunde nach sich zog, in gröfserem Umfange aber die Arbeiten über die Verhornung und das Elastin. Die ersteren beginnen 82, Unna (Keratohyalin), es folgt über Nagelverhornung (Guldberg 85), die wichtigen Thatsachen über das Eleïdin (Buzzi 89, 96, Frickenhaus 96), über die Entwicklung des Keratohyalins (Pavloff 89), über die Nagelkörnerzellen (Pollitzer 89), über die Struktur des Nagels (Echeverria 95), über Tinktion des Keratohyalins (Unna 95) und schliefslich die ganz neuen Thatsachen über normale und pathologische Verhornung, die auf dem Londoner Kongresse vorgetragen wurden (Unna 96) und über das Relief der Hornzellen (Rausch 97). Die Elastinstudien beginnen mit neuen Färbemethoden (Unna, Taenzer 87, 91) und geben zu einer neuen Darstellung des elastischen Gewebes der Haut Anlafs (Unna, *Studien* 87). Es folgen sodann die Untersuchungen von Heller (92), Zenthoefer (92 *Studien*), Passarge und Krösing (94 *Studien*), Reizenstein (94) und Kromayer (94). Aber nicht nur in unserem Blatte hatte die verbesserte Darstellungsmethode eine so reiche Fülle von tüchtigen Arbeiten zur Folge, sondern auch in anderen, der Haut und der Anatomie gewidmeten Fachorganen. Und noch mehr als das: auf die Anatomie vieler anderen Organe wirkte die neue Methode anregend und befruchtend und wirkt noch fortwährend weiter; bisher hat insbesondere die des Uterus, der Lunge und der Blutgefäfse von ihr Nutzen gezogen.

Diese Erfahrungen sind lehrreich für das Verhältnis zwischen dem wissenschaftlichen Fortschritt und einer guten Forschungsmethode. Die Erweiterung unserer Kenntnisse über Verhornung bedurfte einer steten neuen Anregung, jeder Schritt mufste durch neue Methoden erzwungen werden, die alle nur für diesen passend und für keine Verallgemeinerung geeignet waren; die Folge war eine unverhältnismäfsig grofse Summe an Arbeit neben nur langsamen und kleinen Fortschritten. Die höchst einfache Orceïnmethode bewährte sich dagegen für das gesamte elastische System in allen Organen und erschlofs so auf mühelose Weise im Kleinen eine neue Welt, wo man sie anwandte; hier war keine weitere Anregung nötig, ja die Methode leistete für die Dermatologie das, was des Spezia-

listen höchstes Ideal immerdar bleiben muſs: von seinem Fache aus der allgemeinen Medizin reife und wertvolle Früchte zurückzugeben und sich damit ihres Dankes zu versichern.

Wessen wir in der Hautanatomie also am meisten bedürfen, das sind gute, neue Forschungsmethoden, analog der Orceïnmethode für das elastische Gewebe; dann wird ein neuer Aufschwung nicht ausbleiben. Mehr als jedes andere Hautelement bedarf einer solchen aber der Nervenbaum der Haut und insbesondere seine Endverzweigungen. Für den ersteren hat Strauss (93) im Palladiumchlorür eine neue Methode angegeben. Aber die Nervenenden der Oberhaut und Gefäſse nach der Methode von Ehrlich zu durchforschen, sie der Haut anzupassen und ähnliche Methoden zu ersinnen, für diese Aufgabe hat der Herausgeber oft genug vergeblich seine Schüler zu erwärmen gesucht. Und doch ist mit der Lösung dieser Aufgabe bloſs der allererste Schritt gethan, um ein Verständnis der Nervenaffektionen der Haut anzubahnen.

Eine zweite, ebenso groſse Lücke wie in der Nervenanatomie klafft in der topographischen Anatomie und Histologie der Haut. Insbesondere sollten diejenigen Regionen bis ins kleinste Detail gründlich durchforscht werden, welche den regionär abgeschlossenen Sitz von bestimmten Krankheiten bilden, wie der Randstreifen des Capillitiums, die Nasolabialfurche, Ellbogen versus Ellbeugen u. s. f.

Als ein drittes Desiderat ersten Ranges möchte ich die Lösung der schwierigen Aufgabe betrachten, die ganz disparaten Darstellungen des Lymphbahnsystems miteinander in Harmonie zu bringen, welche einerseits durch die Silber- und Goldimprägnationen des Gewebes, andererseits durch die Färbungen der Schnitte erzielt werden.

Mehr als diese Hauptbeispiele zu nennen ist wohl unnötig, um zu zeigen, wie weit wir noch gerade in den wichtigsten Fragen der normalen Hautanatomie zurück sind. In Anbetracht der besonderen, hier obwaltenden Schwierigkeiten aber ist die Thätigkeit der Monatshefte auf diesem Felde immerhin noch als eine relativ erfolgreiche zu bezeichnen.

Entschieden ungünstiger stellt sich das Facit betreffs der Physiologie heraus. Auch hier war der Anfang vielversprechend. Der Herausgeber hatte das Glück, Forscher wie Möbius (84), Goldscheider (84, 86) und Eulenburg (85) zu Arbeiten über die verschiedenen Sinnesthätigkeiten der Haut zu veranlassen. Insbesondere legte Goldscheider seinen epochemachenden Untersuchungen über die spezifischen Energien der Hautnervenenden, über die Lokalisation des Temperatur- und des Gefühlssinnes, über Kokain- und Mentholwirkung in den Spalten unserer Zeitschrift nieder. Joseph (86) gab noch einmal einen zusammenfassenden Rückblick, dann aber schlieſst diese an Anregungen reiche Periode. Joseph (Mitteilung über Wursters Reaktionen auf der Haut 87), Lier (Haut als Vermittler von

Erkältungskrankheiten 87), SANTI (Enthält die menschliche Haut Lanolin? 89), LUFF (Salbenresorption 90), PHILIPPSON (Talgdrüsensekretion 90) und insbesondere HEUSS mit seiner ausgezeichneten Arbeit über Schweifssekretion (92) repräsentieren den ganzen weiteren Bestand der physiologischen Forschung in unserem Blatte. Insbesondere ist es zu beklagen, dafs die Resultate und Untersuchungsmethoden von WURSTER (Nachweis von Wasserstoffsuperoxyd und salpetriger Säure auf der Haut) und HEUSS bisher nicht weiter verfolgt sind, da sie ein Verständnis unserer besten Heilmethoden anzubahnen geeignet erscheinen; besonders, wo es sich neuerdings herausgestellt hat, dafs die Haut ein spezifisches Oxydationsmittel für sonst schwer oxydierbare Körper (Chrysarobin) darstellt.

Auch hier fehlt noch vollständig die Bearbeitung eines Kapitels, welches ebenso sehr theoretisch interessante wie praktisch wichtige Ergebnisse verspricht: die topographische Untersuchung der chemischen Reaktion und der Sekretionsverhältnisse an der gesamten Oberfläche der Haut. Was uns die Physiologie der Lehrbücher giebt, sind Durchschnittsresultate, die für uns ganz unbrauchbar sind. Es ist aber auch viel mehr Sache des Dermatologen als des Physiologen von Fach, in dieser Richtung Beobachtungen anzustellen, da ein jeder in Behandlung befindliche Ekzem- und Psoriasispatient dazu geradezu auffordert. Was uns bisher fehlt, ist wiederum nur eine einfache und zuverlässige Untersuchungsmethode, und hierzu können wir allerdings kaum die Hülfe der Chemiker und Physiologen entbehren.

Eine weitere noch ganz unausgefüllte Lücke ist die Neubearbeitung des Lymphstroms in der Haut. Der Herausgeber hat in dieser Zeitschrift wiederholt (89, 90) gezeigt, dafs die klinischen Phänomene des spastischen Ödems sich in ausgezeichneter Weise aus den zuverlässigen und übereinstimmenden Resultaten von LUDWIG und COHNHEIM mit Zuhülfenahme des Venentonus ableiten lassen. Inzwischen hat HEIDENHAIN bekanntlich sehr merkwürdige neue Thatsachen über früher unbekannte Lymphagoga gefunden. Es ist seitdem ein dringendes Bedürfnis, die eventuelle Bedeutung dieser Substanzen für die Pathologie des Lymphstroms der Haut zu untersuchen und festzustellen, ob dadurch die Gültigkeit der mechanischen Theorie von LUDWIG und COHNHEIM eingeschränkt wird. Es mufs immer von neuem darauf hingewiesen werden, dafs die an Urticaria factitia leidenden, sonst gesunden Personen die trefflichsten Objekte abgeben, um nicht nur über die Physiologie des Lymphstroms, sondern ganz speziell auch über den Zusammenhang vasomotorischer Reizung am Orte und in die Ferne wichtige Untersuchungen anzustellen. Solange wir das wohlbekannte Phänomen des normalen Autogramms der Haut und der abweichenden Formen desselben nicht vollständig zu erklären vermögen, solange müssen wir uns gestehen, dafs wir über die offen

daliegenden vasomotorischen Phänomene der Haut eigentlich noch herzlich wenig wissen. Und gerade hier sollte der Dermatologe mit dem Physiologen Hand in Hand arbeiten.

Ich will schliefslich noch auf das weite Arbeitsfeld hinweisen, welches sich neuerdings erschlofs, indem die Osmiumreaktion eine Grunddifferenz zwischen dem Fett der Talgdrüsen und dem der Knäueldrüsen aufgedeckt hat (UNNA 95). Hier wie dort kommen wir nicht weiter ohne vorausgehende methodologische Untersuchungen, und diese sind, falls uns die Physiologie im Stiche läfst, Sache des Dermatologen.

Mit diesen Beispielen, die leicht vermehrt werden könnten, will ich es genug sein lassen. Sie zeigen, dafs das Kapitel der Physiologie der Haut noch am weitesten zurückgeblieben ist und dafs die Schuld an der bisherigen Dürftigkeit der Methodik liegt, welche speziell für die Hautphysiologie gerade noch zu schaffen sein wird.

Ein viel freundlicheres Bild bieten uns die Leistungen auf dem Gebiete der pathologischen Histologie. Ein Wunder ist es nicht, denn hier herrscht die mikroskopische Technik, die uns durch die vorzüglichen Mikroskope und die Färbetechnik der Neuzeit, ohne dafs wir es ahnen, über Schwierigkeiten hinweghilft, welche für unsere Vorgänger unübersteiglich waren. Jedenfalls aber kann unsere Zeitschrift, wie die folgende Übersicht zeigt, sich das Zeugnis ausstellen, redlich an dem Fortschritt gerade dieses Zweiges unserer Wissenschaft mitgearbeitet zu haben. Nach einigen mehr kritisch referierenden Arbeiten im Anfange (UNNA, Pockenhistologie 82, 83) beginnen diese histopathologischen Beiträge 1886 mit den gröfseren Arbeiten über Lepra (UNNA, LUTZ, *Studien* 1886), um seit jener Zeit in ununterbrochener Folge die Bände unserer Zeitschrift zu füllen: Urticaria und Urticaria pigmentosa (UNNA, 87 *Studien*), Proteiden der Pockenlymphe (VAN DER LOEFF 87), Sporozoën (PFEIFFER 87), Seborrhoe (UNNA 87), Verruca vulgaris (KÜHNEMANN 89, Scabies (TÖRÖK 89), nicht entzündliches Ödem (UNNA 89), Rhinosklerom (MIBELLI 89, NOYES 90), Vorlesungen über allgemeine Pathologie (UNNA 89, 90), Pityriasis rubra (TOMMASOLI 89), Lupus erythematodes (MIETHKE 89), Epithelioma contagiosum (TÖRÖK und TOMMASOLI 90), HERXHEIMERS Spiralen (EDDOWES 90), Lymphangioma capillare varicosum (TÖRÖK 90), Verruca seborrhoica (POLLITZER 90), Pemphigus vegetans (MÜLLER 90), Pigmentmäler (COHN 91), Plasmazellen (UNNA 91), Atheromcysten (TÖRÖK 91), Ulerythema sykosiforme (SACK 91), Psorospermosen (TÖRÖK, HUTCHINSON 92), Variola und Vaccine (BURI 92), Jododerma (WALKER 92), Lichen scrophulosorum (SACK 92), Cutis laxa (WILLIAMS 92), Alopecia syphilitica und areata (GIOVANNINI 93), Protozoën (TÖRÖK 93), Lichen tropicus (POLLITZER 93), Hautblutungen (SACK 93), Acanthosis nigricans (MOUREK 93), Neurofibrom (BRIGIDI 94), Lupus erythematodes (BURI 94), Varicen (HODARA 95), Haut-

blutungen (Sack 95), Plasmazellen (Unna 95), atrophierende Ichthyosis (Audry 95), Milzbrandödem (Hammerschlag 95), Resorption des Epithels (Audry 95), Plasmazellen (Hodara 96), Naevus (Delbanco 96), Lepra der Nerven (Kellogg 96), organische Strukturbildungen (Liesegang 96), Darmlepra (Reisner 96), Erfrierung (Hodara 96), histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut (Unna 96, 97), Nackenkeloid (Secchi 96), Pseudoxanthoma elasticum (Darier 97), Hydroa vacciniforme Bazin (Mibelli 97), Blastomyceten (Secchi 97), Myxödem (Beck 97), Neurolepriden (Hodara 97.)

In dieser stattlichen Reihe sind alle auf Bakterien und Fadenpilze bezüglichen Arbeiten ausgelassen, da dieser Zweig durch eine hochentwickelte, einwandsfreie Untersuchungsmethodik zu einem besonderen Zweig der Wissenschaft herangewachsen ist. Wir werden dieselben gleich Revue passieren lassen. Aber es fehlen auch vollständig solche Arbeiten, welche sich auf die Nervenpathologie der Haut beziehen, und hier mufs sich der Herausgeber selbst einen grofsen Teil der Schuld beimessen, indem er niemals zur Bearbeitung dieses hochwichtigen Teiles unserer Wissenschaft die Anregung gegeben hat. Vestigia terrent. Die gediegenen und fleifsigen Arbeiten von Déjérine, Leloir, Schwimmer, Jarisch u. A., haben nicht blofs keine Nachfolge gehabt, sondern uns wesentlich um keinen Schritt in der Erkenntnis der gewöhnlichen neurotischen Zustände der Haut weitergebracht. Es fehlt uns eben, wie vorher bemerkt, bisher eine einfache und zuverlässige Methodik der Untersuchung der feineren Hautnerven und Nervenenden, und ehe diese nicht vorhanden ist, drängen andere Aufgaben als zeitgemäfs sich heran, für welche die Methodik bereits geschaffen ist. Mit diesen Worten möchte ich keinen jüngeren Forscher von der Bearbeitung dieses Kapitels abschrecken; nur möchte ich dem Wahn entgegentreten, als wenn wir in demselben die geringsten Fortschritte machen könnten, ehe nicht für die gesunde Haut das Substrat dieser Nervenaffektionen uns so scharf zugängig gemacht werden kann, wie jetzt die kleinste elastische Faser. Voraussichtlich wird daher die Richtung pathologischer Forschung für die nächsten Jahre noch eine bakterio-mykologische sein.

Auf die Kultivierung dieses Zweiges darf unsere Zeitschrift, wie die folgende kleine Übersicht zeigt, mit berechtigtem Stolze zurückblicken. Am Anfange steht gleich eine Arbeit ersten Ranges, die auf alle unsere parasitologischen Anschauungen in der Dermatologie einen nachhaltigen Einfluſs geübt hat, die Arbeit von Bockhart: Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis (87). Es folgen noch im selben Jahre die Arbeiten von Kühne über Mykosis fungoides (87 *Studien*) und Quincke über Favus und Herpes tonsurans (87, 89), sodann die Vorarbeiten von Unna über die Züchtung der Oberhautpilze

und die Flora dermatologica (88—92) und der Artikel von Ducrey über den Doppelpunktbacillus des Ulcus molle (89). Mit diesem Jahre beginnt dann eine ununterbrochene Reihe von wertvollen Arbeiten über die uns zunächst interessierenden Pilze der Favus- und Trichophytongruppe: Roberts (Herpes tonsurans 89), Grawitz (Herpes tonsurans 89), Schwenckes (Einfluſs von Medikamenten auf Trichophyton und Favus 90), Frank (Favus 91), Neebe und Furthmann (vier Trichophytonarten 91), Unna (drei Favusarten 92), Neebe und Unna (neun Favusarten 93), Neebe und Unna (Pleomorphie der Favusarten 93), Mibelli (Blepharitis trichophytica 94), Kellogg (Favusscutulum 95), Mibelli (Favusscutulum 96, Pluralität der Trichophytonpilze 95), Rosenbach (eiternde Trichophytonarten 96), Morris (Trichophytie 96), Sabouraud (Trichophytie 96), Mibelli (Trichophytie 96), Dubreuilh (Trichophytie 96), Unna (Trichophytie 97).

Wie von der Lepra, so kann man auch von dem Favus und der Trichophytie sagen, daſs nicht nur die wertvollsten Beiträge zu ihrer Kenntnis in unserer Zeitschrift vereinigt sind, sondern daſs hier auch von vornherein die richtige Richtung der Arbeit eingeschlagen wurde. Wie der in unserer heutigen Nummer publizierte Aufsatz durch Aufdeckung der wahren Natur des Lepraschleimes der zuerst vor 11 Jahren von Lutz und mir ausgesprochenen Ansicht definitiv zum Siege verhilft, so haben auch die obigen Arbeiten über Favus und Trichophytie vom Londoner Kongresse (96) definitiv die Prager Lehre von der Unität des Favus und der Trichophytie zu Grabe getragen und die in dieser Zeitschrift zuerst für die Trichophytie (Neebe und Furthmann 91) und für den Favus (Unna 92) aufgestellte Lehre von der Pluralität als der Wahrheit entsprechend nachgewiesen. Speziell sei — wie bei der Bockhartschen Arbeit — noch einmal an dieser Stelle auf die ausschlaggebende, mit Selbstverleugnung durchgeführte Impfung zweier verschiedener Favi hingewiesen, die Dr. Williams an sich vollzog und auf einer Tafel abbildete (92), der erste absolut unanfechtbare Beweis der Pluralität der Favuspilze.

Von Arbeiten über andere Fadenpilze seien noch erwähnt: Natürliche Reinkulturen der Oberhautpilze (Unna 94), Erythrasma (Ducrey 94), ulcerative Hyphomycetie (Duhring 95), Piedra nostras (Trachsler 95), von solchen über Bakterien vor allem die Entdeckung des Streptobacillus ulceris mollis (Unna 92) und die weiteren Arbeiten über denselben (Audry 95, Ducrey 95, Unna 95), die Arbeiten von Hodara über den Aknebacillus und den Bacillus der Trichorrhexis (94), die Artikel von Baumgarten (82) und Spiegel (96) über die Differentialdiagnose zwischen Tuberkel- und Leprabacillen, sodann Arbeiten über den Einfluſs des Chrysarobins (v. Sehlen 89) und des Ichthyols (Latteux 92) auf

Mikroorganismen und über die Seborrhoeorganismen von v. Hoorn (95). Lindner schrieb über eine Vorticellendermatitis (93).

Alle genannten Arbeiten histopathologischen und bakteriell-mikroskopischen Inhaltes hätten offenbar nicht eine so reiche Ausbeute ergeben können, wie sie schon die bloſse Titelangabe nachweist, wenn nicht neben der parasitären Forschung speziell ein Zweig unserer Wissenschaft gleichzeitig ausgebildet worden wäre, welcher auch noch in Zukunft die schönsten Früchte zu zeitigen verspricht und bereits anfängt, auf andere Gebiete der Pathologie befruchtend einzuwirken — die tinktorielle Technik. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich annehme, daſs den letzten Jahrgängen unserer Zeitschrift gerade die Ausbildung dieses Gegenstandes ihr spezifisches Gepräge verliehen hat. Das Interesse, welches die betreffenden Artikel bei den Pathologen und Anatomen von Fach in allen Ländern erweckt haben, scheint anzudeuten, daſs ein allgemeines Bedürfnis nach Ausarbeitung gerade dieser Methodik vorgelegen hat.

Die Arbeiten über tinktorielle Methoden sind in unserer Zeitschrift nicht neu: Kühne publizierte 1887 seine neuen Färbemethoden für Spaltpilze (*Studien* 87), Unna im selben Jahre seine Arbeit über Rosaniline und Pararosaniline (*Studien* 87) und die Erzeugung von Vesuvin im Gewebe (87). Seit jener Zeit wurden in den Monatsheften Jahr für Jahr wichtige Verbesserungen der Tinktionstechnik mitgeteilt: Taenzer (Elastin 87 und 91), Schütz (92), Boeck (Mikroparasiten 94), Mamurowsky (97), hauptsächlich aber Unna (Elastinfärbung 87 und 91, neue Lepra- und Tuberkelbacillenfärbungen 91 und 93; Hornorganismen 91; Rotzbacillen 93; Fibrin 93; Mucin 93; Kollagen 94; Epithelfasern 94; Protoplasma 94; Epithelprotoplasma 94; Mastzellen 94; Elastin und Elacin 94; glatte Muskeln 94; Hyalin und Kolloid 94; Hyalin der Oberhaut 94; Keratohyalin 95; Fibrin 95; Mucin 95; Kerne 95; rote Blutkörperchen und Pigment 95; Anilinmischungen 95; Mikroorganismen der Cutis 95). Mit diesen Artikeln ist, wie zur Freude des Herausgebers in letzter Zeit von Flemming und Weigert öffentlich anerkannt wurde, eine Tinktionstechnik für das Protoplasma und die Zwischensubstanzen geschaffen, und zwar nicht nur für die Dermatologie, sondern für die gesamte Anatomie und Pathologie.

Neben der Tinktionstechnik hat sich noch ein anderes Feld aus der Histopathologie in unserer Zeitschrift selbständig abgezweigt, welches sonst bisher nirgends mit Bewuſstsein systematisch kultiviert wurde und doch in Zukunft die wichtigsten Bausteine für unsere Therapie zu liefern verspricht. Ich möchte es die experimentelle Histopathologie und Histotherapie nennen. Nachdem Unna (91) die Einwirkung des Nelkenöls und der Karbolsäure auf Lupusgewebe histologisch verfolgt, untersuchte Kulisch (93 und 97) diejenige des Kantharidins und Krotonöls auf die Haut, insbesondere um die angebliche Identität ihrer Wirkungen

mit Ekzem zu prüfen. Engmann studierte darauf die Wirkung des Jods (93), Buck die des Pyrogallols (95), Frickenhaus die der Karbolsäure (96), Hodara die der Erfrierung (96) und Salicylsäure (96), Kellogg und Beck die des Resorcins (97) auf die gesunde Haut des Menschen und der Tiere. Es ist wohl jedermann einleuchtend, dafs eine intime Kenntnis der Wirkung unserer Heilmittel ohne eine vorhergehende Untersuchung ihrer Wirkung auf alle einzelnen Hautelemente unmöglich ist. Hierzu ist die mikroskopische Untersuchung mit Hülfe aller modernen Mittel, insbesondere der Protoplasmafärbungen, absolut notwendig — wenn auch in Wahrheit nur der erste Schritt. Chemische Untersuchungen der Heilmittel, die im Reagierglase weitergeführt werden, müssen nebenhergehen, und schliefslich wird ein volles Verständnis der Heilwirkung erst erreicht werden, wenn auf Grund unserer schon erworbenen Kenntnisse ihrer Wirkungen auf die gesunde Haut die Untersuchung derselben auf die praktisch für sie in Betracht kommenden Hautkrankheiten systematisch ausgedehnt wird. Einen ersten Anlauf in dieser Richtung repräsentiert die Untersuchung über die Wirkung der Karbolsäure und des Nelkenöls auf das Lupusgewebe (Unna 91).

* * *

Fassen wir das Gesagte in kurzen Worten zusammen, so ergiebt die einfache Angabe des wesentlichen Inhaltes unserer Originalien in den 25 Bänden in völlig objektiver Weise, dafs die Zeitschrift in Bezug auf den klinischen Fortschritt die Erwartungen, mit denen sie ins Leben gerufen wurde, vollauf erfüllt hat. Hervorragendes hat sie hier besonders in drei Richtungen geleistet, einmal durch Heranziehung der besten Produkte ausländischer Fachgenossen, sodann durch Klarlegung neuer und seltenerer Krankheitsbilder und drittens durch stetige Verbesserung unserer therapeutischen Hülfsmittel.

Der internationale, fortschrittliche und praktische Charakter, welcher hiermit unserer Zeitschrift aufgedrückt wurde, wird ihr hoffentlich immer bleiben, und er hat auch — was leicht durch eine Gegenüberstellung unserer Originale mit denen anderer deutscher Fachzeitschriften bewiesen werden könnte — auf die noch vielfach schlummernden deutschen Kräfte allerorten entschieden fermentativ gewirkt.

Was die Grundwissenschaften, insbesondere die Physiologie, betrifft, so mufsten wir leider bekennen, dafs die Hauptfragen — Gefäfs- und Nervenphysiologie — nicht den erwünschten Fortschritt aufzuweisen haben, und es ist ein schlechter Trost, dafs die übrigen Fachzeitschriften in dieser Richtung nicht besser daran sind. Aber wir wissen wenigstens, woran die Schuld liegt, an der noch völlig unentwickelten Methodik. Nur ein genialer Methodiker wird uns hier plötzlich über den toten Punkt weghelfen.

Mit mehr Befriedigung, ja mit einer Befriedigung ganz eigener Art konnten wir dagegen den Aufschwung der Histopathologie und Mykologie in unserem Blatte verfolgen und denselben zum grofsen Teil auf die gleichzeitig erfolgte, bei Gründung des Blattes unvorhergesehene Entwickelung der Tinktionstechnik zurückführen. Als letzter und für die Therapie der Zukunft bedeutsamster Zweig stellte sich uns die experimentelle Histopathologie und Histotherapie dar.

Möge am Schlufs der nächsten 25 Bände der glückliche Herausgeber im stande sein, darauf hinzuweisen, dafs sich die jungen, knospenden Triebe zu starken, fruchtbeladenen Zweigen entwickelt haben und die noch dürren Äste, von sorgsamer Hand gepflegt, neu ausgeschlagen sind.

Die Zusammensetzung des Leprabacillen-Schleims.

Demonstration, gehalten auf dem Leprakongrefs in Berlin.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel I.)

Im Jahre 1894[1] konnte ich nachweisen, dafs in den Leprabacillen und in dem dieselben umgebenden Schleime sich durch Osmiumsäure, Alkannin und Cyanin eine Fettsubstanz nachweisen läfst und dafs dieselbe „wahrscheinlich mit derjenigen Substanz, welche die Säurefestigkeit der Bacillen allein oder mit bedingt, identisch ist.“ Diese Angabe hat keine Anfechtung erfahren. Im Gegenteil ist meine weitere Angabe,[2] dafs eine ähnliche Fettsubstanz in den Tuberkelbacillen vorkommt und auch hier die Säurefestigkeit bedingt, für diese den Leprabacillen tinktoriell am nächsten verwandten Bacillen durch gleichzeitige und spätere Angaben verschiedener Forscher, u. a. auch von Klebs und R. Koch, bestätigt worden und daher wohl heutzutage allgemein als richtig anerkannt.

Immerhin hat sich aber an das meiner Angabe zu Grunde liegende histologische Bild ein folgenschwerer Irrtum geknüpft, welcher, wenn er auf die Dauer unwidersprochen bliebe, den Fortschritt auf dem Gebiete

---

[1] *Histopathologie der Haut*, pag. 611, bei August Hirschwald.

[2] Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen. Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg. Sonderabdruck aus der *Dtsch. Medizinalztg.* Berlin, Eugen Grosser, 1897.

der Leprahistologie in ernstlicher Weise gefährden könnte. L. PHILIPPSON[3] hat die durch Osmiumbehandlung dunkel gefärbten Massen, welche die älteren Bacillenkomplexe umhüllen, für verfettetes Protoplasma erklärt und darin leider eine Stütze für die anachronistische Irrlehre erblickt, dafs diese Substanz degeneriertes Zellprotoplasma sei.

Ich halte es aus diesem Grunde nicht für überflüssig, im Kreise so vieler Lepraforscher noch einmal Präparate zu demonstrieren, welche diese alte Thatsache, von der sich ein jeder leicht überzeugen kann, klar zeigen. Dieselben entstammen leprösen Knoten der Haut, von denen kleine Abschnitte frisch in FLEMMINGS Lösung (zweimal 24 Stunden) fixiert wurden. Ich halte es für durchaus nicht überflüssig, die dabei eingehaltene Technik genau anzugeben, da ich in den letzten Jahren Gelegenheit hatte zu bemerken, dafs das so leicht durch Osmiumsäure nachzuweisende Fett der Knäueldrüsen der Haut von BEATTY - Dublin[4] trotz eigens daraufhin gerichteter Untersuchung nicht gefunden wurde und dafs dieser Irrtum, der einem Anfänger in der Histologie nicht passieren dürfte, von LIEBREICH-Berlin verteidigt wurde.

Die osmierten Stücke werden in fliefsendem Wasser gut ausgewaschen, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Diese Schnitte zeigen ohne weiteres, wenn man sie in Bergamottöl aufgehellt und in Canadabalsam eingebettet hat, die schwarzen Bacillen in Coccothrixform, eingebettet in eine mehr oder weniger grauschwarze, streifige Substanz, die stellenweise von helleren Räumen, anscheinenden Vacuolen durchsetzt ist. Aber man kann diese Bilder noch bedeutend verbessern, wenn man alle auf den Bacillen und Bacillenprodukten fixierte und noch nicht vollständig reduzierte Osmiumsäure (resp. das Osmiumoxyd), durch Reduktionsmittel nachträglich reduziert. Man mufs also das Osmiumbild auf den Schnitten gleichsam entwickeln. Hierzu genügt schon ein längeres Einlegen der Schnitte in Anilinöl, das bekanntlich eine reduzierende, basische Substanz darstellt. Unter vielen Entwicklern hat sich mir eine 10%ige Lösung von Pyrogallol in Anilinöl besonders bewährt. Diese Lösung wird mit der Zeit an der Luft schwarz, ohne ihre reduzierende Kraft einzubüfsen. Im Gegenteile erhält man noch eine Braunfärbung der protoplasmatischen Teile nebenbei, wenn man die Schnitte eine Nacht in dem dunklen Pyrogallolanilin verweilen läfst. Doch ist ein so langer Aufenthalt unnötig und es genügt für den Zweck einer vollkommenen

---

[3] „Das Protoplasma verfällt in ganz langsamer Weise und im Verhältnis, wie die Bacillen in ihm zunehmen, der fettigen Degeneration." L. PHILIPPSON, Die Histologie der akut entstehenden hyperämischen Flecke der Lepra tuberosa. *Virchows Archiv.* 1893. Bd. 132. pag. 242.

[4] WALLACE BEATTY, Seborrhoea. *The British Journal of Dermatology.* 1894. pag. 167.

Osmiumreduktion ein einstündiges Einlegen der Schnitte. Dann erscheinen die schwarzen Bacillen und Bacillenklumpen auf hellem Gewebsgrund.

Betrachtet man die einzelnen Bacillen und dünne Bacillenkonglomerate, z. B. angeschnittene Bacillenhaufen, mit starker Ölimmersion (z. B. 1/16 Leitz, ausgezogener Tubus), so bemerkt man, dafs gewöhnlich innerhalb eines Bacillenhaufens die verschiedenen Bacillen verschieden tief geschwärzt sind und zwischen den tiefschwarzen schwärzliche und rauchgraue den Übergang zu hellgrauen vermitteln. Die letzteren stellen gleichsam die Füllsubstanz zwischen den scharf hervortretenden, schwarzen Bacillen innerhalb der Bacillenklumpen dar; und so lösen sich, wie es scheint, die ganzen Klumpen mittelst der Osmiumreaktion in mehr oder weniger osmierte Bacillen auf. Auch innerhalb des einzelnen stark osmierten Bacillus ist die Schwärzung nicht homogen. Es treten vielmehr in demselben tief schwarz gefärbte, kugelrunde Punkte hervor, die sich von dem schwächer gefärbten Bacillenleibe abheben. Es sind dieselben kokkenartigen Elemente des Leprabacillus, welche zuerst von Lutz und mir 1886 genauer beschrieben wurden und zur Benennung „Coccothrix leprae" Anlafs gaben. Ganz besonders schwarz und deutlich heben sich aus den Haufen aber einzelne, besonders grofse Körner ab. Sie entsprechen den von uns s. Z. mittelst der Gentiana-Jodmethode dargestellten und vermutlich als Dauerformen des Lepraorganismus aufgefafsten Körnern.

Diese Verteilung des Fettes in den Bacillenhaufen spricht sehr zu Gunsten der von uns damals gewonnenen Anschauung, dafs in den kokkenartigen Körnern sich präformierte Bestandteile aus dem Bacillenleibe herauslösen, die zu den grofsen Körnern anschwellen und dann Dauerformen darstellen. Denn während in den zum Bacillenschleim zusammensinternden Bacillenleichen sowohl die Eiweifsreaktion (Gentiana-Jodmethode), wie die Fettreaktion (Osmium-Methode) abnimmt, koncentrieren sich gleichzeitig beide Reaktionen auf diese kleinen und gröfseren Körner. Wären die Körner, wofür sie so oft ausgegeben wurden, einfach Zerfallsprodukte der Bacillen, so würden sie wohl die schwache Eiweifs- und Fettreaktion des Bacillenschleimes teilen. Ihr gesondertes Auftreten mit den potenzierten Eigenschaften des Bacillus selbst während dessen Verschleimung spricht für eine besondere, wichtige Funktion derselben im Entwickelungsgange des Bacillus.

Wenn nun auch die auf die Fettreaktion des Bacillus und des Bacillenschleims sich gründenden Darstellungen[5] eine ziemlich befriedigende Anschauung über deren gegenseitiges Verhältnis gewähren, so habe ich doch unablässig weiter nach Methoden gesucht, die, sich auf den

[5] Die übrigen mittelst Alkannin und Cyanin s. *Histopathologie der Haut*, pag. 610, 611.

Rest an Eiweifsgehalt des Bacillenschleimes stützend, den letzteren mit den basischen Farbstoffen darzustellen erlauben. Denn diese geben nun einmal, dank der für sie bereits hochentwickelten Entfärbungstechnik, im allgemeinen die schärfsten Bilder. Mit Erwähnung der hierauf abzielenden Methoden will ich den Leser nicht ermüden. Den richtigen Weg zeigte, wie gewöhnlich gegen alle Erwartung, eine zufällige mikroskopische Beobachtung.

Ich beschäftigte mich mit der Untersuchung von Lepraknoten, welche auf verschiedene Weise in vivo geätzt waren. Unter diesen zeigten die mit rauchender Salpetersäure geätzten Präparate ein eigentümliches Verhalten der Bacillenklumpen im Bereiche des Ätzschorfs. Färbte man nämlich die Schnitte mit der polychromen Methylenblaulösung und entfärbte in Glycerinäthermischung, so nahmen die Klumpen als Ganzes einen blauvioletten Farbenton an, und wenn die Bacillen vorher mit Karbolfuchsin rot gefärbt waren, so lagen bei nachfolgender Methylenblaufärbung die roten Bacillen in blauviolettem Bacillenschleim. Diese eigentümliche Reaktion des Bacillenschleims reichte genau so weit wie die Einwirkung der Salpetersäure auf das umgebende Hautgewebe, was an dem Schwunde der Tingibilität des Protoplasmas und Kollagens im Bereich der Ätzung leicht zu erkennen war. Es lag daher der Schluſs nahe, daſs die sonst so schwer färbbare Gloea in diesem Falle durch Salpetersäureätzung in einen für Methylenblau tingibeln Zustand übergeführt sei.

Selbstverständlich verfolgte ich diese auffallende Thatsache sofort weiter und behandelte zunächst, da mir z. Z. nur in Alkohol gehärtetes Material, dagegen kein frisches zu Gebote stand, Schnitte aus Alkoholmaterial vor der Färbung mit Salpetersäure in verschiedenen Konzentrationen. Stärkere Lösungen als 2%ige ergaben keine Resultate; letztere wurden aber viel besser, als ich zu ganz schwachen Procentuierungen fortschritt. Am besten bewährte sich eine 1‰ige Lösung, in der die Schnitte 2 Stunden verweilten, ehe sie gefärbt wurden. Bei zweckmäſsiger Doppelfärbung zeigten solche Schnitte in der That die roten Bacillen überall eingebettet in eine glasklare, blaue Gloea.

Noch sicherer und besser wurden die Färbungsresultate, als ich frisches Knotenmaterial in 1‰ige Salpetersäure einlegte und nach Alkoholhärtung die Schnitte derselben Doppelfärbung unterzog. Ich will die jetzt in meinem Laboratorium geübte Methode ganz genau mitteilen:

Färbung des Leprabacillenschleims in Hautschnitten.

1. Fixierung der frischen Haut in möglichst kleinen Stücken in 1‰ Salpetersäure 2 Stunden; dann Härtung in Alkohol, Einbettung in Celloidin. Die Schnitte werden von Celloidin befreit.

2. Nachdem die Schnitte (etwa 6 auf einmal) auf einem Objekt-

träger mäfsig angetrocknet sind, Färbung der Bacillen durch einige Tropfen Karbolfuchsin (Ziehl) 1 Stunde, Abspülen der gefärbten Schnitte in Wasser, 33%iger Salpetersäure, Spiritus dilutus und Wasser, wobei sie allmählich in ein Schälchen, schwach rosa gefärbt, zurückgespült werden. (Durch die vorherige Antrocknung ist die Bacillenfärbung den späteren Färbungen gegenüber absolut beständig geworden).

3. Färbung des Protoplasmas, der Kerne, des Kollagens und des Bacillenschleims mittelst polychromer Methylenblaulösung ½ Stunde im Schälchen, Abspülung in Wasser.

4. Ent- und Umfärbung des Kollagens durch neutrale 1%ige Orceïnlösung (Grübler) ½ Stunde, Abspülung in Alkohol absolutus 5 Minuten, Wasser. (Bei dieser für Hautschnitte sehr wesentlichen Entfärbung des Kollagens tritt auch eine mäfsige Entfärbung der Kerne und des Protoplasmas ein, die nicht zu vermeiden ist, ohne übrigens das Protoplasma und speziell die Plasmazellen unkenntlich zu machen. Die Färbung der Gloea leidet durch Orceïn garnicht).

5. Der Schnitt wird auf dem Objektträger mittelst Fliefspapier angetrocknet und mit Anilinöl + 1% Salpetersäure so lange entfärbt, bis der Schnitt einen reinen Orceïnton annimmt; Abspülen in Anilinöl, Xylol und Einbettung in harten Canadabalsam, der vorher durch Kochen mit Chloroform von ätherischen Ölen befreit ist und durch Erwärmung verflüssigt wird. (Nur in solchem Balsam hält sich die Färbung der Leprabacillen unbeschränkt.)

Das Wesentliche dieser neuen Färbung des Bacillenschleims liegt nicht darin, dafs sie die Fettfärbungen desselben und natürlich noch viel mehr die sonstigen, zufällig und inkonstant hin und wieder auftretenden, schwachen Mitfärbungen der Gloea durch ihre Tinktionskraft und Sicherheit weit übertrifft, sondern in dem Umstande, dafs sie zum ersten Male in zweifelloser Weise den Nachweis liefert, dafs bei geeigneter Färbung die gesamte Gloea sich auflöst in (blau gefärbte) Bacillen. Es verbleibt von dem ganzen Schleim kein Rest, es existiert zwischen den ihn zusammensetzenden Bacillen keine weitere Kittsubstanz, keine homogene Einbettungsmasse, welche die Leprazellen-Theoretiker als einen Rest degenerierten Protoplasmas in Anspruch nehmen könnten. Der scharfe Kontur des Bacillenschleimes, welcher von Neisser öfters hervorgehoben wurde, hat wesentlich zu seiner Verwechselung mit Protoplasma beigetragen. Er wird, wie diese spezifische Färbung des Schleimes lehrt, aus abgestorbenen, die blaue Kontrastfarbe annehmenden Bacillen selbst gebildet. Wer diese Färbung studiert, wird sehr bald zu der Einsicht gelangen, dafs die Virchowsche Leprazelle, die nach Neisser die Bacillen beherbergt, in Wirklichkeit aus einer Anhäufung abgestorbener

Bacillen besteht, welche zwischen sich eine gröfsere oder geringere Anzahl wohltingibler, säurefester Bacillen beherbergen.

Die wesentliche Bedeutung dieser Doppelfärbung liegt weiter darin, dafs sie — wohl zum ersten Male — eine basische Kontrastfärbung zwischen lebenden und toten Bacillen im Gewebe giebt. Bisher waren wir in Beziehung auf tinktorielle Beweise für das Absterben der Bacillen im Gewebe einerseits auf die Abnahme ihrer Tingibilität für basische Farben, andererseits auf saure Gegenfärbungen angewiesen, die nichts weniger als deutliche Bilder lieferten. Hier sehen wir, dafs in voller Schärfe die Bacillen entweder das normale Fuchsinrot oder das ebenfalls basische Methylenblau der Gegenfärbung annehmen. Zwischen beiden bestehen keine Übergänge, keine Mischfarben. Daher wird diese Methode voraussichtlich auch für andere Organismen noch eine Bedeutung gewinnen, so vor allem für die Tuberkelbacillen, welche ja die Säurefestigkeit mit den Leprabacillen teilen und daher der hierauf gebauten Doppelfärbung ebenfalls zugänglich sein müssen.

Und so verhält es sich in der That. Es war mir schon lange aufgefallen, dafs in Schnitten durch ältere Tuberkelbacillenkulturen sich stets einige Teile, besonders die vom Nährboden abgewandten, der spezifischen Färbung entzogen. An solchen Stellen sieht man ein dem Lepraschleim ganz analoges Bild: eine ungefärbte, bei starker Abblendung streifige, nach aufsen scharf konturierte Masse, in welcher einzelne spezifisch gefärbte (fuchsinrote) Bacillen eingelagert sind. Wenn man die Kultur vor der Härtung und Einbettung mit schwacher Salpetersäure behandelt, nimmt sie bei der neuen Doppelfärbung an diesen Stellen eine blaue Farbe an und bei Ölimmersion sieht man deutlich, dafs auch diese glasklaren Massen nichts weiter als (abgestorbene) Bacillenleiber sind.

Natürlich mufs man, da bei der Färbung dieser Kulturen kein kollagenes Zwischengewebe konkurriert, dieselbe für diesen Zweck etwas modifizieren. Die Entfärbung mittelst Orceinlösung mufs wegfallen. Die folgende Methode möchte wohl die besten Resultate liefern:

Färbung des Tuberkelbacillenschleims in Kulturen.

1. Ein Stück der Tuberkelkultur wird mit dem Glycerinagar ausgestochen, 2 Stunden in 1‰ige Salpetersäurelösung gebracht, darauf in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

2. Die Schnitte kommen (mit dem Celloidin) in Wasser, werden einzeln auf dem Objektträger angetrocknet, ½ Stunde mit einigen Tropfen Karbolfuchsin bedeckt, mit Salpetersäure (33%), Spiritus dilutus und Wasser abgespült.

3. Gegenfärbung auf dem Objektträger mit polychromer Methylenblaulösung ½ Stunde, Abspülung mit Wasser.

4. Abtrocknung des Schnittes auf dem Objektträger mit Fliefspapier, sorgfältige Entfernung des Celloidins durch Auftropfen von Ätheralkohol.

5. Abtrocknung des Schnittes mit Fliefspapier, Entfärbung mittelst Anilinöl + ½ % Jod + ½ % Tannin, Abspülung mit Anilinöl, Xylol und Einbettung in Balsam.

Das Studium der verschleimten Tuberkelbacillenkulturen mit dieser Doppelfärbung möchte ich allen Leprahistologen zur Vergleichung empfehlen. Die Analogie ist schlagend. Das Übersehen der abgestorbenen Bacillenleiber im Lepragewebe, welche einen grofsen Teil des Lymphspaltensystems erfüllen und die spezifisch färbbaren, lebenden Bacillen zugleich mit den Kernen der atrophischen Zellen einhüllen, hat zum grofsen Teil die unhaltbare Theorie von einer eigentümlich degenerierten und vacuolisierten Leprazelle zur Folge gehabt.

Zum Schlufs noch einige Worte über die physikalischen Eigenschaften des Leprabacillenschleimes. Ursprünglich habe ich mir denselben nach Analogie mit anderen verschleimenden Pflanzzellen (Bakterien, Algen) als eine stark gequollene Hülle von nahezu homogener Beschaffenheit vorgestellt, welche eine Anzahl von Bacillen gemeinschaftlich umgiebt. Diese Vorstellung habe ich auf Grund der neuen Doppelfärbung an Lepraschnitten und Tuberkelkulturen aufgegeben. Ich kann mittelst derselben jetzt nachweisen, dafs die anscheinend homogene Gallerte aus einer grofsen Anzahl von Bacillen besteht, die alle ihre Stäbchenform bewahrt haben, wenn auch einzelne derselben etwas verbreitert, gequollen erscheinen. Dennoch pafst auch jetzt noch das Wort „Bacillenschleim“ auf diese Masse. Denn sie teilt die Haupteigenschaft verschleimter Pflanzenhüllen, in Wasser sehr stark aufzuquellen und Wasserreste energisch festzuhalten. Was die erstere Eigenschaft betrifft, so habe ich schon früher gelegentlich eine Beobachtung mitgeteilt, die man an Leprösen mit ulcerierten Knoten machen kann, die sich im warmen Bade befinden. Der gelblich durchscheinende Grund der ulcerierten Knoten schwillt im Bade makroskopisch sichtbar an, um später wieder langsam abzuschwellen. Auf dieser Eigenschaft beruht die Fähigkeit des Bacillenschleims, durch Ansaugung des Gewebssaftes anschwellend, starke Druckwirkungen auf die anliegenden Gewebsteile auszuüben, Zellen und deren Kerne einzudrücken und die Saftspalten kugelig und cylindrisch auszubuchten. Offenbar gewinnt er diese Eigenschaft im Mafse als er — den Bacillen gegenüber — an Fettgehalt verliert.

Was die andere Eigenschaft betrifft, Reste von Wasser zähe festzuhalten, so beobachtet man diese am besten bei der Antrocknung von Schnitten bei gewöhnlicher Temperatur. Es ist hier die Gloea, welche das frei verdunstende Wasser am längsten zurückhält. Bettet man daher

einen noch nicht vollständig getrockneten Schnitt direkt in Balsam ein, so findet man den Bacillenschleim fast so deutlich (bei enger Blende) wie am gefärbten Präparat, gekennzeichnet durch total reflektierende Wasserreste. Die allerletzten Wasserreste werden auch durch absoluten Alkohol nicht vollständig aus dem Schleim entfernt und darauf beruht es, daſs bei der Alkoholölmethode der Einbettung die Konturen des Bacillenschleims stark konturiert hervortreten, während sie bei völliger Wasserentziehung durch Antrocknung oder Anilineinbettung verschwinden.

Von der starken Quellungsfähigkeit des Bacillenschleimes kann man bei Schnitten von lepröser Haut noch einen zweckmäſsigen Gebrauch machen, um die physikalische Differenz zwischen pflanzlichem Schleim und tierischem Protoplasma zu beleuchten. Bringt man nämlich die Schnitte aus Alkoholmaterial in sehr schwache Kalilauge, so quellen dieselben als Ganzes auf. Während sodann bei der Antrocknungsmethode das tierische Gewebe sich wieder zusammenzieht, bleibt der Schleim gequollen und hält die in ihm lagernden, spezifisch färbbaren Bacillen weit auseinander, so daſs sie einzeln in ungewöhnlicher Deutlichkeit sichtbar werden:

Modifizierte Leprafärbung mit Kalivorbehandlung.

Die Schnitte kommen in ein Schälchen mit Spiritus dilutus, zu welchem 2—3 Tropfen des liq. Kali caustici getropft sind. Sie quellen hier sofort und werden in ca. 3 Minuten durchscheinend. Man nimmt sie nun heraus und überträgt sie in Wasser, wo sie weiter quellen, sich ausbreiten und mit dem Ausspülen des Kalis allmählich wieder etwas zusammenschrumpfen. Sodann bringt man einen Schnitt auf den Objektträger, läſst ihn unter einer Glasglocke bei mäſsiger Zimmertemperatur antrocknen und zieht ihn zum Schluſs noch einmal durch die Flamme. Hierauf folgt die:

Gewöhnliche Leprabacillenfärbung,

welche ich schlieſslich bei dieser Gelegenheit so beschreiben will, wie sie zur Zeit in meinem Laboratorium üblich ist:

1. Auf dem Objektträger Färbung des angetrockneten Schnittes mit Karbolfuchsin 1 Stunde, Abspülung mit Salpetersäure (33%), Spiritus dilutus und Wasser, wobei der Schnitt in ein Schälchen gespült wird.

2. Gegenfärbung des Gewebes mit polychromer Methylenblaulösung in Schälchen 2 Minuten, Abspülung in Wasser.

3. Abtrocknung des Schnittes auf dem Objektträger mit Fliesspapier und Entfärbung mittelst Anilinöl + 1‰ Pikrinsäure,

Abspülung in Anilinöl, Xylol und Einbettung in von ätherischen Ölen durch Kochen mit Chloroform befreiten, harten, zu diesem Zwecke erwärmten Balsam.

* * *

Nachdem jetzt die Struktur des Lepraschleimes zur Genüge aufgeklärt und mittelst einer einfachen Färbemethode jeden Augenblick nachzuweisen ist, kann man der schwierigen Frage, was die Vacuolen innerhalb des Lepraschleimes eigentlich sind, erst mit Sicherheit nähertreten. Die meisten früher anscheinend homogenen Partien des Lepraschleimes lösen sich in Garben von abgestorbenen Bacillen auf. Wir haben daher wohl ein Recht zu schliefsen, dafs die wenigen Stellen, welche mit dieser Methode nicht in Bacillen auflösbar sind, allein noch als Hohlräume oder als mit unfärbbarer Masse erfüllte Gebilde anzusehen und für den jetzigen Stand der Dinge noch als „Vacuolen" zu bezeichnen sind. Von diesen scheiden einzelne noch aus, welche Orceïnfarbe annehmen und damit anzeigen, dafs sie aus Kollagen bestehen. Es sind Bindegewebsbündel, welche vom Bacillenschleim umgeben, gleichsam umflossen sind und auf dem Querschnitt als orceïnrote Kreise erscheinen. Was die übrigen sind, welche weder Kollagen- noch Gloeafarbe annehmen, ob Lymphe oder Coagula, ob noch besonders vollständig verschleimte Gloea ohne Bacillenrest, das vermag ich zur Zeit nicht zu beantworten. Es ist die nächste Frage, welche die Leprabacillen-Mikroskopie zu lösen hat.

Tafelerklärung.

Alle drei Abbildungen sind verschiedenen Stellen desselben Schnittes entnommen. Man übersieht mit einem Blicke, dafs in den Bacillenklumpen der Figg. 1 und 3 weniger rote und mehr blaue, d. h. abgestorbene Bacillen vorhanden sind als in denen der Fig. 2. Letztere sind also relativ jüngeren Datums. Aufserdem unterscheiden sich die drei Stellen in dem Verhältnis des kollagenen Gewebes zu den verschleimten Bacillenklumpen.

Fig. 1 ist nahe der Oberfläche des Schnittes entnommen, wo — als Einwirkung einer früheren starken Salpetersäureätzung des Cutisleproms in vivo — viele Bacillenklumpen aus dem Gewebe der Cutis herausgeschwemmt sind und weitklaffende, von ungeschädigten Bindegewebszellen begrenzte Gewebslücken zurückgelassen haben. Hier ist Unabhängigkeit der Bacillenklumpen von den vorhandenen Zellen und freien Kernen durch die zwischen ihnen gelegenen, weiten Saftspalten evident. Im übrigen ist aber auch bei dieser Gloeafärbung, welche wegen der Säurefixation nur eine schwache Protoplasmafärbung, wie die Plasmazelle links unten zeigt, giebt, die letztere eine graublaue, matte, ganz verschieden von der himmelblauen, durchscheinenden, glasklaren Färbung der Gloea.

Derselbe tinktorielle Gegensatz zwischen dem Blau des Protoplasmas der Plasmazellen und dem des Lepraschleimes findet sich in *Fig. 2*. Dieselbe entspricht einer Stelle der mittleren Cutis. Die Bacillenklumpen liegen dicht zusammen und füllen

die mäfsig erweiterten Lymphspalten nahezu aus. Der Bacillenschleim erscheint hier an manchen Stellen homogen und ist ungenügend in Bacillen aufgelöst.

Fig. 3 entspricht einer Stelle vom unteren Rande der Cutis. Dieselbe enthält nur eine mäfsige Anzahl von normalen (roten) Bacillen, dagegen ist sie von einer solch voluminösen Schleimmasse durchzogen und aufgetrieben, dafs deren ursprüngliche Zusammensetzung aus kugeligen Klumpen und damit jede Zellenähnlichkeit derselben verloren gegangen ist. Diese wurstförmig die Cutis durchsetzenden, zusammenhängenden Massen und Riesenklumpen werden in der That wohl auch nur noch von Armauer Hansen für „Zellen" ausgegeben. Man sieht hier sehr deutlich ihre Zusammensetzung aus abgestorbenen Bacillen.

Aus der Praxis.

Harzstifte (Stili resinosi) zum Enthaaren.

Von

P. G. Unna.

Neben den viel gebrauchten Salbenstiften (Stili unguentes) und den seltener gebrauchten Pastenstiften (Stili solubiles) haben sich für einen bestimmten Zweck auch harzhaltige Stifte (Stili resinosi) in meiner Praxis eingebürgert, die ich schon vor vielen Jahren gelegentlich empfohlen habe. Sie dienen zum raschen, relativ schmerzlosen und bequemen Enthaaren umschriebener Hautbezirke. Sie werden wie eine Stange Siegellack in der Flamme rasch erwärmt und im Augenblicke des Schmelzens sanft auf die Haut aufgesetzt. Nachdem sie hier rasch erkaltet sind, zieht man sie mit einem Ruck in der Haarrichtung ab und hat sämtliche Haarwurzeln pinselartig am Ende des Stiftes kleben. Man kann sie hier bequem mit bloſsem Auge oder einer Lupe untersuchen und vergleichen, krankhafte mit einer Schere herausschneiden, färben und mikroskopisch untersuchen oder zu Kulturen verwenden. Brennt man den Haarbüschel in der Spiritus- oder Gasflamme ab, so ist sofort der Stift zur Enthaarung eines neuen Fleckes bereit.

Der verstorbene Apotheker Herr Dr. Mielck (Schwanapotheke) hatte s. Zt. eine gute, aber ziemlich komplizierte Formel für diese „Enthaarungsstengelchen" angegeben. Da ich dieselben neuerdings wieder mehr in Gebrauch nahm, lag es mir daran, die Zusammensetzung derselben so einfach wie möglich zu gestalten, und ich prüfte deshalb die verschiedenen Harze auf ihre Verwendungsmöglichkeit für diesen Zweck.

Als Erfordernisse für einen guten Enthaarungsstift muſs man die folgenden hinstellen:

1. Der Stift muſs, erweicht, eine hohe Klebkraft besitzen, damit möglichst alle Haare, auch die kleinsten Lanugohärchen, an demselben ankleben.
2. Die Klebkraft darf nicht so stark sein, daſs der erweichte Stift auch an der Hornschicht festklebt und diese mit abreiſst.
3. Der Stift muſs einen möglichst niedrigen Schmelzpunkt besitzen, damit er die Haut nicht verbrennt.
4. Der Stift muſs rasch erkalten, damit die Haut nur möglichst kurze Zeit durch den Stift erhitzt wird.
5. Der Stift muſs hart genug sein, um ihm die mechanische Leistung des Abreiſsens zuzumuten.
6. Der Stift muſs genügend zähe sein, damit er nicht beim Abreiſsen abbricht.

Wie man sieht, muſs der Stift eine Reihe von Ansprüchen befriedigen, die sich anscheinend widersprechen oder wenigstens gegenseitig einschränken. Die hohe Klebkraft kann offenbar nur durch Harze geliefert werden, die uns in reicher Auswahl dafür zu Gebote stehen. Dieselbe muſs jedoch etwas abgeschwächt werden, damit der Stift nicht an der Oberhaut anklebt. An dieser muſs er sich gleichsam nur abdrücken, während er an den Haaren festkleben soll. Bis zu einem gewissen Grade erreicht man dieses Ziel schon durch ein vorsichtiges Aufsetzen des Stiftes, da dessen Klebkraft bei eintretender Abkühlung sehr rasch abnimmt. Es ist ja bekannt, daſs die Siegellackstangen, welche sich nur abdrücken sollen und zu dem Zweck bis 30% die Klebkraft abschwächende Zusätze erhalten, bei zu starker Erhitzung doch auch ankleben. Man muſs also das Ende des Stiftes bis zum Schmelzen in der Flamme erhitzen und ihn rasch auf die behaarte Stelle bringen, hier aber nicht andrücken, sondern ihn bis zum Erkalten, was zweckmäſsig durch Blasen mit dem Munde beschleunigt wird, ruhig halten. Auch ein nachträgliches Andrücken des schon etwas erkalteten Stiftes ist zu vermeiden, da sonst der obere und härtere Teil des Stiftes sich in der Mitte durch das weiche Ende durchdrückt und beim Abziehen nur die Kante desselben einen Kranz von aus der Lage verschobenen Haaren trägt, während die Mitte frei ist. Also: sehr leicht aufsetzen und ruhig unter Daraufblasen erkalten lassen!

Um einen niedrigen Schmelzpunkt zu erreichen, versuchte ich zunächst solche Harze in den Stift einzuführen (neben Kolophonium), welche einen niedrigeren Schmelzpunkt besitzen, wie Benzoe, Terpentin, Elemi, Mastix. Aber die Erfahrung erwies deren Unbrauchbarkeit. Einerseits wurden die Stifte schon bei 10%igem Zusatz nach mehrfachem Erhitzen

so weich, dafs ihre Wiedererhärtung beim Abkühlen sich in unzuträglichem Grade verzögerte; andererseits wurden sie beim Erhitzen leicht so flüssig, dafs sie beim Aufsetzen auf die Haut auch an dieser und nicht nur an den Haaren festklebten.

Man ist also auf die härteren Harze angewiesen: Kopal, Dammar, Schellack, Kolophonium, welche auch an und für sich dem weiteren Postulat gerecht werden, eine genügende Widerstandskraft für den Akt des Abreifsens herzugeben. Unter diesen erstarrt, wie eine besonders daraufhin angestellte Untersuchung ergab, am raschesten Dammar, Kopal und Kolophonium, etwas langsamer Schellack. Unter den ersteren drei gab ich dem Kolophonium den Vorzug als dem billigsten; in der That leistet dasselbe alles, was man durch die anderen, selteneren Harze erzielen kann. Kolophonium allein für sich erfüllt aber in drei Richtungen nicht die angegebenen Postulate. Der Schmelzpunkt ist zu hoch, es klebt auch an der Oberhaut zu stark und ist viel zu brüchig; es kann also nur die Grundlage der Stifte abgeben und bedarf in mehrerer Hinsicht eines korrigierenden Zusatzes. Von den zu diesem Zwecke durchprobierten und wieder verlassenen Kompositionen will ich nur die mit Pech, Gummi arabicum und Zucker erwähnen.

Der Zusatz von Pix navalis bot sich in Anlehnung an die Wirkung der Pechkappe als ein natürliches Korrigens dar; es erhöhte allerdings die Zähigkeit, erniedrigte den Schmelzpunkt aber nur wenig[1] und der schmelzende Stift hatte eine von Anfang an zu flüssige Beschaffenheit (bei 45% Zusatz), Gummi arabicum schmilzt in der Flamme nicht, sondern trocknet zusammen und macht den Stift härter, ohne die Klebkraft zu korrigieren; es wirkt wie ein indifferentes Pulver. Anders der Zucker, welcher in der Flamme schmilzt und die Schmelztemperatur allerdings um einige Grade erniedrigt; leider wird auch hierbei der Stift in der Flamme gleich zu flüssig, sowie man über 10% Zucker hinausgeht.

So sah ich mich nach mancherlei Versuchen zuletzt auf den einfachen Zusatz von Cera flava beschränkt, welcher selbstverständlich die Brüchigkeit aufhebt und den Stift zähe macht. Auch zeigte die Erfahrung alsbald, dafs dieser Zusatz den Schmelzpunkt einigermafsen erniedrigt. Unser Kolophonium begann bei 70° zu sintern und schmolz bei 83—85° vollständig. Demgegenüber schmolz

Kolophonium + 10% Cera flava bei 61—62°,
„ + 20% „ „ „ 59—60°,
„ + 30% „ „ „ 57—58°.

Man sieht, dafs der Schmelzpunkt durch einen 10%igen Wachszusatz nicht blofs erheblich (ca. 20°) erniedrigt wird, sondern dafs er auch

[1] Herr Dr. Runge (Schwanapotheke, Hamburg) hatte die Güte, die Schmelzpunkte der verschiedenen Harzkompositionen genau zu bestimmen.

genauer sich bestimmen läfst, da das vorherige Sintern des reinen Kolophoniums wegfällt. Sodann ergiebt sich aus obigen Zahlen, dafs der weitere Wachszusatz den Schmelzpunkt noch etwas, aber bei weitem nicht in gleichem Grade erniedrigt, während andererseits die Erfahrung lehrte, dafs die Stifte mit mehr als 10% Wachszusatz sich nach erstmaligem Erwärmen viel zu weich erwiesen.

So blieb ich denn schliefslich bei einem Stift von Kolophonium mit 10% gelbem Wachs stehen. Unter Einhaltung der oben angegebenen Vorsichtsmafsregeln beim Epilieren, that derselbe seine Schuldigkeit und steht jedenfalls keiner der vielen, weit komplizierteren Kompositionen an Wirksamkeit nach. Er schmilzt bei 61—62°, kühlt bis zum Aufsetzen um einige Grade ab, sodafs er nur ein leichtes, rasch vorübergehendes Schmerzgefühl auf der Haut erzeugt, ohne eine Verbrennung bewirken zu können.

Ich gebrauche denselben hauptsächlich in folgenden Fällen. Zunächst in den allerdings hierorts seltenen Fällen von Favus, für welche er ursprünglich hergestellt wurde. Er stellt hier eine Pechkappe im kleinen dar und wird mit den anderen Behandlungsarten (Teer, Jod, Sublimat) derart kombiniert, dafs zuerst täglich, später seltener die kranken und verdächtigen Stellen successive epiliert werden. Der Pinsel von Haaren ergiebt ein reiches Material für Favusreinkulturen; mit einer feinen Schere kann man einzelne erkrankte Haarenden ohne jede Verunreinigung herausschneiden und auf Agar übertragen.

Öfter brauche ich den Enthaarungsstift in Fällen kokkogener Sykosis, teils zu therapeutischen Zwecken, teils um einen raschen Überblick über die Ausdehnung der Erkrankung zu gewinnen, da der von einer Stelle gewonnene Haarpinsel sämtliche Haare derselben, kranke und gesunde, enthält.

In dritter Linie ist der Stift recht praktisch, um von behaarten Naevi des Gesichtes die Haare zu kosmetischen Zwecken zu epilieren, da der Schmerz nicht gröfser bei der Entfernung von 20 und mehr Haaren durch denselben ist als bei der Epilierung eines einzigen Haares auf die gewöhnliche Weise mit der Pincette.

Feuilleton.

Briefe aus Paris.

II.

Sabourauds Arbeiten über die Alopecia areata und Seborrhoe.

Mein verehrter Lehrer!

Nach der kurzen Beschreibung des neuen Laboratoriums und der „Écoles des teigneux“ des Hôpital St. Louis, die ich Ihnen in meinem vorhergehenden Brief (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Sept. 1897) mitgeteilt habe, möchte ich auch eine Zusammenfassung jener Arbeiten liefern, die der unermüdliche Forscher Sabouraud in seinem früheren sehr bescheidenen Stübchen trotz aller Mängel der Einrichtung mit gröfstem Erfolg durchgeführt hat, und in seinen jetzigen reichlich ausgestatteten Räumen mit Ausdauer und ohne Unterbrechung fortsetzt.

Es wäre nicht recht möglich, in dem Rahmen eines Briefes die übrigens schon überall sehr bekannten Ergebnisse aller Arbeiten Sabourauds von der Pluralität des Trichophytonpilzes bis zu der Ätiologie der Kahlheit zu besprechen. Darum will ich mich auch an dieser Stelle ausschliefslich auf die Wiedergabe und auf einige Bemerkungen bezüglich der Ätiologie der Alopecia areata, der Seborrhoe und der Kahlheit, sowie deren engen Zusammenhang, den Sabouraud nachgewiesen zu haben glaubt, beschränken. Man weifs, was für einem lebhaften Widerspruch die so kühn erscheinenden, auf Grund seiner Forschungen im Laboratorium ausgesprochenen Behauptungen von seiten der strengen klinischen Beobachter begegneten. Wie ist es denkbar, rief man allerseits — in Frankreich wie im Auslande —, dafs Krankheiten, deren Auftreten, Entwickelungsgang und deren klinisches Bild so grundverschieden ist, wie dasjenige der Seborrhoe und Alopecia areata, von demselben Mikroorganismus hervorgerufen werden? Ist es denkbar, dafs derselbe Bacillus einmal eine diffuse Kahlheit des behaarten Kopfes nach 10—20—30 Jahren hervorruft, ein anderes Mal eine totale Deglabration eines umschriebenen Plätzchens in 14 Tagen verursacht? Sind solche Unterschiede im klinischen Auftreten durch die verschieden starke Virulenz, Toxicität erklärbar? Doch greifen wir nicht gleich in medias res; folgen wir dem Entwickelungsgang, dem Sabouraud in seinen Studien gefolgt ist, und lassen wir die Beweisführung seiner Bekämpfer für später.

Von einer Hypothese ausgehend fing SABOURAUD das Studium der Area Celsi an. Er wollte ein Heilmittel für die von ihm seit langer Zeit studierten Trichophyton-Erkrankungen finden, und als solches wollte er in irgend einer Weise einen ähnlichen vorübergehenden Ausfall aller kranken Haare, die vom Trichophytonpilz befallen sind, hervorrufen, wie dies bei der Alopecia areata der Fall ist. Er nahm nach dem Beispiele der meisten französischen Autoren an, dafs die Alopecia areata eine mikrobielle Krankheit ist, dafs ihre beiden Hauptsymptome, die Atrophie des Haares und der Ausfall desselben, durch die deletäre Wirkung eines Bakterientoxins auf die Haarwurzel hervorgerufen werden. Vor allem mufste die Kontagiosität der Alopecia areata nachgewiesen werden und in der That haben die von SABOURAUD demonstrierten eklatanten Beispiele sehr zur Verbreitung der Ansicht von der mikrobiellen Herkunft der Area Celsi beigetragen. Erst vor einigen Wochen stellte mir SABOURAUD ein Ehepaar vor, bei welchem die Übertragung von Mann auf Weib kaum anzuzweifeln ist. Der Mann zieht sich eine Area Celsi des Hinterhauptes zu; die mit gröfster Sorgfalt untersuchte Frau zeigt keine Spur von erkrankten Stellen. Vierzehn Tage später präsentiert sich die Frau wieder im Hôpital St. Louis und jetzt sind 2—3 kleine Plaques von typischer Alopecia areata zu konstatieren. Nach sorgfältigem Nachfragen und Untersuchen scheint es fast ausgeschlossen, dafs sich die Frau in irgend einer anderen Weise ihre Krankheit hätte zuziehen können, als durch Übertragung von ihrem Manne. Allerdings sind solche Fälle sehr selten, doch nicht weniger beweisend. Nach der klinischen Feststellung der Kontagiosität der Alopecia areata machte sich SABOURAUD ans Studium der Anatomie und Bakteriologie derselben Erkrankung. Schritt für Schritt gelangte er zu den Resultaten, deren wichtigstes zweifellos der Nachweis des beständigen Vorhandenseins eines kleinen Bacillus im Anfangsstadium der Alopecia areata ist. Derselbe befindet sich im „utricule peladique," d. h. in dem erweiterten, mit dem Ausführungsgang der Talgdrüse vereinigten obersten Teil des Haarbalges. Erst weist er aus den anatomischen Veränderungen der kranken Haare mit einer scharfen Logik nach, dafs die kranken Haare des Saumes der Alopecia areata-Plaques nicht der Sitz des krankheitserregenden Agens sein können; dasselbe mufs vielmehr eine Lokalisation haben, von wo aus es auf die Haarwurzel wirken kann, da nur eine primäre Erkrankung der Haarwurzel eine konsekutive Atrophie des Haares selbst hervorzurufen im stande ist. Dann erklärt er sich mit Zuhülfenahme einer Hypothese, wie die im „utricule peladique" angehäuften Mikroorganismen ihren deletären Einfluſs auf die viel tiefer sitzende Haarwurzel ausüben, wie in einem späteren Stadium der Alopecia areata trotz gänzlichen Verschwindens der Bacillen der krankhafte Zustand noch

lange stationär bleiben kann, und trotz der Anstrengungen der kahlen Plaque, neue Haare zu produzieren, die aufschiefsenden kümmerlichen Flaumhärchen immer wieder von neuem ausfallen. Es soll das die Wirkung eines von Bacillen produzierten Toxins sein, welches auch nach Verschwinden der Bacillen im Gewebe bleibt und weiter auf die Haarwurzel einwirkt.

Aufser den gewöhnlichen Formen der Alopecia areata giebt es noch eine andere, die zwar bei uns sehr selten und deshalb kaum bekannt, in Frankreich aber einen ziemlich hohen Procentsatz der gesamten Alopecia areata-Fälle ausmacht und mit dem Namen „Pelade décalvante" bezeichnet wird. Es sind dies Fälle, in welchen nicht nur der ganze Kopf von allen Haaren entblöfst wird, sondern zumeist selbst am Körper kein einziges Haar verschont bleibt. Sabouraud, der unter 300 Fällen von Alopecia areata des Hôpital St. Louis 22 solche bösartig verlaufende beobachtet hat, findet für diesen Unterschied im Verlauf auch eine Erklärung. Die gewöhnliche Alopecia areata stellt eine akute Infektion dar, d. h. die Mikrobacillen verschwinden nach einer verhältnismäfsig kurzen Zeit, und die umschriebene Haarlosigkeit wird nur durch die langdauernde Wirkung des zurückgebliebenen Toxins noch eine zeitlang aufrecht erhalten. Während nun bei dieser akuten Alopecia areata-Infektion die Mikrobacillen in den ausgebildeten Plaques nie mehr zu finden sind, sind sie im Gegenteil bei der „Pelade décalvante" während des ganzen sehr langen — oft jahrelangen — Bestehens der Krankheit auf den von Haaren beraubten Stellen in kolossaler Menge nachweisbar. Die Pelade décalvante wird also durch eine chronische Infektion hervorgerufen.

Sabouraud hat sich nun die schwere Aufgabe gestellt, die Richtigkeit seiner Annahme zu beweisen, namentlich das supponierte Toxin herzustellen. Es gelang ihm thatsächlich aus den Kulturen des Mikrobacillus eine Substanz zu gewinnen, die nach subcutaner Injektion beim Kaninchen Haarausfall zur Folge hatte. Nur zeigte diese künstlich hervorgerufene Alopecie nichts Charakteristisches, sie glich nicht der typischen Alopecia areata. Das injizierte Toxin rief einen diffusen, nicht scharf umschriebenen Haarausfall hervor, und als er sein Tier der dermatologischen Gesellschaft vorzeigte, wurde von mehreren Seiten der berechtigte Vorwurf erhoben, dafs eine solche Alopecie nach Einwirkung jedes anderen Toxins, stamme es von Staphylokokken, Streptokokken, Tuberkelbacillen etc. her, entstehen könne und sie sogar von giftigen Substanzen anderer Art, nicht bakteriellen Ursprunges, hervorgebracht werden kann. Doch hat ihn dieses negative Resultat nicht abgeschreckt, er schreitet fort auf dem von ihm betretenen Weg und hofft die Richtigkeit seiner Beobachtungen auch experimentell beweisen zu können.

Mit grofsem Gewicht betont SABOURAUD, dafs seine bisherigen Studien über die Alopecia areata sich ausschliefslich auf die Alopecia areata der Erwachsenen beziehen. Um so mehr hebt er dieses Moment hervor, da er sich zur Zeit mit den verschiedenen Alopecien des Kindesalters beschäftigt und zu dem überraschenden Ergebnis gelangt ist, dafs dieselben in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle von anderen Ursachen abhängen als die Alopecia areata der Erwachsenen. Ich hoffe, dafs wir bald Gelegenheit haben werden, SABOURAUDS diesbezügliche Resultate in extenso lesen zu können, da er die Absicht hatte, dieselben noch im Laufe dieses Jahres zu veröffentlichen. Es ist eine interessante Beobachtung, dafs gewisse Formen der Alopecia areata des Kindesalters vollkommen mit der alten Beschreibung der Area Celsi übereinstimmen, d. h. sie treten in einer schlangenförmigen Linie, die am Hinterhaupt von einem Ohr bis zum andern zieht, auf. Ich erwähne diese Thatsache, von der ich mich selbst überzeugen konnte, weil unlängst in einem Feuilleton der *Monatshefte* Herr MORITZ COHN auf Grund historischer Studien zu dem Resultate gelangt ist, dafs mit der Benennung Area Celsi ursprünglich nicht die heutige Alopecia areata bezeichnet wurde, sondern dafs deren Beschreibung vielmehr der seborrhoischen Alopecie entspricht.

Wenn schon die Entdeckung des Erregers der Alopecia areata grofses Aufsehen in Fachkreisen hervorgerufen hat, so wurde den Resultaten, zu denen SABOURAUDS Studien über die Seborrhoe und seborrhoische Kahlheit geführt haben, selbst von seiten des Laienpublikums lebhafte Aufmerksamkeit geschenkt. Der Gedanke lag ja nahe, dafs, wenn einmal der Bacillus der Kahlheit bekannt ist, man früher oder später auch ein sicheres Mittel gegen die Verheerung finden wird, welche bis jetzt so viele Leute mit Resignation über sich ergehen lassen müssen. SABOURAUD ist fest überzeugt, dafs er den Erreger der Seborrhoe und damit auch denjenigen der seborrhoischen Kahlheit entdeckt hat. Und zwar ist der Bacillus der Seborrhoe mit dem Mikrobacillus der Alopecia areata identisch, und selbst die anatomischen Läsionen der beiden Prozesse unterscheiden sich in nichts voneinander. Soweit geht SABOURAUD in seinen Behauptungen. Trotz allem Unterschied im klinischen Verlauf soll also die Alopecia areata und die Seborrhoe ein und derselbe Prozefs sein. Die Differenzen hängen vielleicht von der verschiedenen lokalen Disposition, von der wechselnden Virulenz des Mikrobacillus etc. d. h. mit einem Wort von bis jetzt noch unbekannten Faktoren ab. Klar ist SABOURAUDS Überzeugung in den Worten ausgesprochen: „Ainsi, la plaque peladique ne serait qu'une attaque de séborrhée aiguë circinée, et inversement les chauves ne deviendraient chauves que par un processus diffus de pelade chronique." Das klingt so einfach und scheint doch so unwahrscheinlich! Nur schwer wird ein

Kliniker die Wahrheit dieses Satzes anerkennen; nur, wenn auch durch das exakte Tierexperiment diese zweifache pathogene Rolle des Mikrobacillus nachgewiesen sein wird. Das ist aber eine der schwersten Aufgaben. Die grofsen anatomischen und physiologischen Unterschiede im Aufbau der menschlichen und tierischen Haut stellen uns ein fast unüberwindliches Hindernis entgegen.

Das Interesse, mit welchem die Öffentlichkeit den SABOURAUDschen Arbeiten folgt, erscheint beinahe etwas übertrieben. In allen Tagesblättern erschienen kürzere oder längere Notizen über seine Entdeckung und natürlich wurde dadurch in den Legionen der kahlen und zur Kahlheit prädestinierten Männer die Hoffnung wachgerufen, dafs sie von diesem Schönheitsfehler befreit oder davon verschont werden. Kaum wurde SABOURAUDS Entdeckung bekannt und das Gerücht verbreitet, dafs er bereits an der Herstellung eines „Heilserums" arbeite, wurden ihm mehrere Anträge gemacht, er möge sein Serum und das Geheimnis der Bereitung verkaufen, sein Name würde der Unternehmung gewifs ein glänzendes materielles Resultat sichern. Natürlich reflektiert er nicht auf diese Anträge. Mir selber wollte er nur unter der Bedingung eine Kultur des Mikrobacillus zur Verfügung stellen, dafs ich dieselbe nicht aus meinen Händen gäbe; aus Furcht, die Kultur könnte von irgend einem Spekulanten ausgenützt und mifsbraucht werden. Gewifs denkt SABOURAUD daran, seine Entdeckung auch therapeutisch zu verwerten, und beschäftigt sich mit der Frage der Herstellung eines Antitoxins. Was er aber schon in dieser Richtung erreicht hat, darüber weifs ich gar nichts. Wie jeder vorsichtige und gewissenhafte Forscher ist auch SABOURAUD zu behutsam, um über Experimente etwas mitzuteilen, die noch nicht abgeschlossen sind, von denen aber er vieles hofft.

Ihr ganz ergebener

Dr. C. BECK-Budapest.

Paris, September 1897.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Dezember 1897.

(Original-Bericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Herr JOSEPH stellt einen jungen Mann mit **extragenitalem Primäraffekt** auf der rechten Backe vor. Am rechten Unterkieferwinkel befindet sich ein Markstück grofses, flaches, wenig secernierendes Geschwür, welches der Patient vor acht Wochen

zuerst bemerkt hat. In Behandlung kam er wegen des papulo-pustulösen Exanthems, welches sich vor kurzem zeigte. Der Übertragungsmodus ist nicht zu eruieren. Vielleicht ist das Rasieren schuld. In vielen Fällen kann man feststellen, daſs an der betreffenden Stelle zunächst eine kleine Hautverletzung bestanden hat und sekundär an dieser Stelle die Infektion stattfand.

Herr Österreicher stellt eine Frau mit einer etwa Zweimarkstück groſsen gangränösen Stelle auf der rechten Backe vor, welche oberflächlich sitzt und vor etwa 14 Tagen mit einer kleinen, wenig schmerzhaften Schwellung angeblich spontan begonnen hat. Die grünlich-schwarze Decke wird jetzt durch Granulationen abgestoſsen. Eine Verletzung und dgl. wird in Abrede gestellt. Herpes zoster gangraenosus ist auszuschlieſsen, da eine Bläschenbildung bestimmt nicht voraufgegangen ist. Redner glaubt, daſs es sich um eine **idiopathische, auf trophoneurotischen Störungen beruhende Gangrän** handelt, zumal die Patientin auf der anderen Seite eine Facialis-Lähmung infolge einer Aufmeiſselung des Warzenfortsatzes zeigt.

Herr Blaschko glaubt, daſs in diesem Falle in Frage komme: 1. Der atypische Herpes zoster gangraenosus, 2. die hysterische Gangrän, von der es ja noch fraglich sei, ob sie auf einer hysterischen Trophoneurose oder auf Simulation beruhe. Doch neigt er mehr zu der zweiten Diagnose, weil hier jene versprengten kleinen, tiefgehenden Nekrosen fehlen, welche in der Umgebung des Hauptherdes beim atypischen Herpes zoster gangraenosus stets vorkommen. — Herr Rosenthal möchte gleichfalls die beiden von dem Vorredner angeführten Möglichkeiten zur Diagnose heranziehen. Jene kleinen versprengten nekrotischen Stellen neben dem Hauptherde sind auch hier zu finden. Verbrennungen z. B. durch kaustische Mittel wie Laugen sind vom atypischen Herpes zoster gangraenosus oft gar nicht zu unterscheiden. Recidive sind freilich für letzteren beweisend.

Herr Joseph stellt einen 32jährigen Kranken vor, der angeblich im August dieses Jahres zum erstenmal hier und da Hautgeschwülste hat auftreten sehen. Dieselben haben sich inzwischen ungemein vermehrt und bedecken (wohl über hundert) den ganzen Körper, auch den behaarten Kopf. Sie wachsen aus der Cutis heraus bis zu Kirschengröſse und schieben die Epidermis vor sich her, welche über den gröſsten Geschwülsten durch Bildung kleiner angiektatischer Netze gerötet erscheint. Betreffs der Diagnose könnte man zunächst an Neurofibrome denken, doch zeigt ein Vergleich mit einem an solchen leidenden Patienten, daſs sie sich hierzu zu derb anfühlen. Ferner hätte man an Hautsarkomatose zu denken. Nach Virchow charakterisieren sich die Sarkome dadurch, daſs sie das normale Gewebe verdrängen, immer weiter wachsen und der Rückbildung nicht fähig sind. In unserem Falle nehmen die Geschwülste jedoch ein begrenztes Wachstum an und sind der Rückbildung fähig, auſserdem zeigen die von einem exstirpierten Stücke gemachten mikroskopischen Präparate, daſs hier nicht eine Verdrängung, sondern eine Infiltration zwischen die Fibrillen des Bindegewebes stattfindet, bestehend aus teils eckigen, teils runden Zellen mit bläschenförmigem Kern und einem Kernkörperchen. Das Protoplasma dieser Zellen ist spärlich und schlecht färbbar; von den Unnaschen Plasmazellen unterscheiden sie sich durch das Fehlen einer Granulation. Epidermis und Papillarteil sind frei, erst darunter beginnt die Veränderung. Die Färbung der elastischen Fasern mittels Orceïns nach Taenzer zeigt, daſs dieselben im Gegensatz zum Sarkom vielfach vorhanden sind und zwar in Hirten- oder Bischofsstabform. In einem der Schnitte ist gerade eine Arterie des Coriums getroffen, welche mit denselben Zellen angefüllt ist, also eine Embolie darstellt. Es handelt sich also um eine Metastasenbildung von inneren Organen aus. In der That ist der Patient stark abgemagert und klagt über vielerlei Beschwerden. Die Untersuchung durch einen Kliniker ergab nun, daſs in

der Gegend des Magens ähnliche abgeplattete Geschwülste zu fühlen wären, ohne daſs man bestimmt sagen könne, welchem Organe sie zugehörten; da jedoch der Patient auch über Durchfall, Schmerzen und Tenesmus klagt, so dürften sie wohl dem Darme angehören. Daſs die Ausstreuung dieser Tumoren nicht auf eine Allgemeinerkrankung, auf die Pseudoleukämie oder die Leukämie, zurückzuführen sei, geht daraus hervor, daſs die Tumoren bei Pseudoleukämie typische Lymphosarkome sind, welche die oben erwähnten Virchowschen Forderungen erfüllen, während die leukämischen Geschwülste aus wahren mononukleären Zellen gebildet werden. Auch die Mykosis fungoides ist auszuschlieſsen, weil sie in der Regel mit einem ekzematösen Vorstadium beginnt und — wenn nicht — schon frühzeitig eine derbe Infiltration der Epidermis und des Papillarteils im mikroskopischen Bilde aufweist (Philippsohn). Vortragender kommt hiernach zu dem Schlusse, daſs es sich um einen jener Fälle von Hautsarkomen handelt, welche die oben genannten Bedingungen nicht ganz erfüllen und welche deswegen von Kaposi zuerst als **sarkoïde Geschwülste** bezeichnet worden sind. Aus Kaposis Klinik sind von Ziegler sechs solcher Fälle beschrieben worden, in welchen die Tumoren kein progredientes Wachstum zeigten und der Rückbildung fähig waren; in einem derselben waren gerade so wie hier in der Magen-Darmgegend platte Geschwülste zu fühlen. — Die Therapie besteht in Injektionen von Natrium arsenicosum nach Köbner und hat bisher günstig gewirkt. — Herr Ledermann fragt, ob der Vortragende in seinen Präparaten viel eosinophile Zellen und Russelsche Körperchen gefunden habe, da Touton in einem analogen Falle diesen Befund angiebt. — Herr Joseph verneint dies.

Herr Saalfeld stellt einen 40jährigen Patienten vor, welcher vor einem Jahre an **Licher ruber planus** erkrankt ist und jetzt **Lichen ruber verrucosus** an beiden Unterschenkeln zeigt.

Herr Isaac II stellt einen jungen Mann vor mit einer Reihe von **Naevi vasculosi** auf der Stirn, die entsprechend dem Verlaufe des ersten Trigeminusastes angeordnet sind. Alsdann stellt er einen Fall zur Diagnose. Der 31jährige junge Mann, ein Schiffer, kam im August zu Herrn I., nachdem er sich selbst wegen eines Hautleidens monatelang mit grüner Seife eingeschmiert hatte. Die gesamte Haut war gerötet und in der Axillar-, Scapular- und Glutäalgegend mit Excoriationen bedeckt. Scabies konnte ausgeschlossen werden, Jucken fehlte. Unter indifferenter Behandlung trat das Krankheitsbild deutlicher hervor. Jetzt sieht man nämlich beiderseits in der Weichengegend (auch in den Schamhaaren) erhabene rote Kreise mit zahlreichen kleinen Blasen von wasserhellem Inhalt. Vortragender glaubt, daſs es sich um **Dermatitis herpetiformis Duhring** handelt. — Herr Blaschko bemerkt betreffs des ersten Falles, daſs die lineäre Gruppierung solcher Naevi nicht mit dem Verlauf eines Nerven, sondern mit gewissen anderen Verhältnissen der Haut zusammenhänge. Herr Rosenthal hält betreffs des zweiten Falles die gestellte Diagnose für zutreffend.

Herr Ledermann stellt einen Patienten mit **Lichen ruber** vor, dessen Bruder gleichfalls an Lichen ruber leidet. Da die Brüder nicht zusammenleben und in diesem Falle eine Vitiligo acquisata dem jetzigen Hautleiden vorangegangen ist, muſs man eine nervöse Prädisposition annehmen. Der Fall ist also merkwürdig wegen des mehrfachen Vorkommens von Lichen ruber in einer Familie, und weil er für die nervöse Ätiologie des Leidens spricht. — Herr Blaschko erwähnt, daſs er denselben Patienten behandelt hat, und daſs dieser damals den Lichen ruber in Gürtelform auf seinem Rumpfe gezeigt habe. Herr B. habe sofort nach diesem Bilde diagnostizieren können, daſs hydropathische Umschläge vom Patienten gemacht worden seien, da er in zwei anderen Fällen gleichfalls nach hydropathischen Umschlägen Lichen ruber in dieser Gürtelform habe auftreten sehen.

Herr Buschke berichtet über die Erfahrungen, welche er als Assistent der Greifswalder chirurgischen Klinik und an der Klinik des Herrn Prof. Neisser über die **Radikalexstirpation des Lupus und die Bedeutung des alten Kochschen Tuberkulins** für die Diagnose und Therapie dieser Krankheit gemacht hat. Auf Neissers Anregung stellte Vortragender im Verein mit Dr. Krösing und anderen Assistenten systematische Untersuchungen über die Heilerfolge der verschiedenen therapeutischen Methoden bei Lupus an, indem die Patienten sowohl klinisch weiter beobachtet wurden, als auch durch mikroskopische Untersuchung exstirpierter Stücke die Einwirkung der verschiedenen Mittel auf das lupöse Gewebe studiert wurde. Hieraus hat sich ergeben, daſs man mit der palliativen Methode (Pyrogallussäure, Salicylkreosotpflaster, Paquelin etc.) wohl einen temporären kosmetischen Effekt, nicht aber die definitive Heilung erzielt. Man sieht nämlich unter dem Mikroskop dicht unterhalb der Verschorfungszone noch lupöses Gewebe; diese Mittel genügen also nicht einmal in loco das Krankhafte zu beseitigen, abgesehen davon, daſs ja die scheinbar noch gesunden Ränder, von welchen Recidive leicht ausgehen können, gar nicht angegriffen werden. Mittelst der Radikalexstirpation dagegen sind wir im stande, das erkrankte Gebiet im vollen Umfange zu entfernen und auf diese Weise Recidive zu vermeiden. In der That trat von 17 operierten Fällen nur in einem ein centrales Recidiv in dem transplantierten Lappen ein. Das Studium des wieder exstirpierten Krankheitsherdes ergab jedoch mit Evidenz, daſs die Operation hieran nicht schuld war. Es war weder krankhaftes Gewebe zurückgelassen worden, noch hatte bei der Operation eine Infektion stattgehabt, sondern es muſste der transplantierte Lappen bereits erkrankt gewesen sein. In der That trat nach Tuberkulininjektion an der betreffenden Stelle des Oberschenkels ödematöse Schwellung und Rötung auf und es lieſsen sich hier auch Lupusknötchen nachweisen. Vortragender hat nunmehr stets vor der Operation eine Tuberkulininjektion gemacht, 1. um den ganzen Körper nach lupösen Stellen abzusuchen und keine zu übersehen, 2. um die periphere Grenze der lupösen, auf die Injektion entzündlich reagierenden Haut genauer zu erkennen und für die Exstirpation durch Umgrenzung mittelst Lapisstiftes zu fixieren. Denn die Recidive nach der Operation pflegen dicht an der Grenze des Exstirpierten aufzutreten, und die Tuberkulininjektion vermag in solchen Fällen versprengte kleine Herde in der Umgebung kenntlich zu machen, die sonst übersehen werden. Für die Auffindung solcher Herde leistet auch der Glasdruck recht wesentliche Dienste. Nicht immer braucht man jedoch das ganze Gebiet der entzündlich reagierenden Zone zu exstirpieren, da diese zuweilen unverhältnismäſsig weit reicht, so daſs z. B. bei einem kleinen Herde auf der Nase Schwellungen bis über die Augenlider hinweg eintreten; im allgemeinen braucht man über eine 2—3 cm breite Zone nicht hinauszugehen. Treten später Recidive auf, so sind dieselben nur winzig und lassen sich leicht und sicher beseitigen. Die günstigsten Chancen für die Operation bietet die serpiginöse Form des Lupus, weil hier versprengte Herde selten sind, schlechtere die konglomerierte Form, bei welcher in der Umgebung der gröſseren Plaques kleinere Herde sitzen, und am ungünstigsten sind die diffusen Formen, bei welchen die Herde über gröſsere Körperteile verbreitet sind. Vortragender hält das alte Tuberkulin für die Diagnose tuberkulöser Erkrankungen namentlich im ersten Anfange für unentbehrlich und, weil gerade die ersten Anfänge am leichtesten zur Heilung gebracht werden können, zugleich für ein sehr wertvolles Mittel, das von Neisser und anderen unentwegt, allerdings mit der nötigen Vorsicht, fortgebraucht wird. — Bezüglich der Technik weist Vortragender den Vorwurf zurück, die Radikaloperation sei zu eingreifend; seiner Meinung nach sei die wiederholte Excochleatio und Combustio mit nachfolgender Pyrogallusbehandlung sicher

scheufslicher. Die Operation ist ein einmaliger Eingriff, der unter Infiltrationsanästhesie oder in Narkose gemacht wird. — Um eine Infiltration der frischen Wunde während der Operation zu verhindern, vermeidet er es, den Lupusherd während derselben anzufassen; exulcerierte Stellen werden vorher verschorft. Die Operation selbst zerfällt in zwei Akte. Nach der Exstirpation des erkrankten Gewebes wird die Wunde mit Sublimatkompressen verbunden, die Instrumente, wie die Ärzte werden einer erneuten Desinfektion unterworfen und dann (bei ulceriertem Lupus erst am folgenden Tage) die Bedeckung der Wunde ausgeführt. Für letztere kann man alle Methoden der chirurgischen Plastik in Anwendung ziehen. In Bezug auf das kosmetische Resultat ist jedoch die Transplantation nach Krause, der nach Thiersch entschieden vorzuziehen, nur dort nicht, wo man nicht genügend Fleisch erhalten konnte und eine knöcherne Unterlage hat. Man braucht übrigens bei der Operation an Schleimhäuten nicht anzuhalten, da diese durch Transplantation nach Thiersch sich ersetzen lassen. — Vortragender stellt ein Kind vor, welches er auf der einen Backe mit Anwendung der Krauseschen, auf der andern mit der von Thiersch operiert hat. Die erstere zeigt eine glatte Oberfläche, die letztere Höcker und Leisten infolge der Bildung von Keloiden. — Vortragender steckt die Grenzen für die Indikation der Radikalexstirpation möglichst weit: sie soll überall angewendet werden, wo es überhaupt menschenmöglich ist, die erkrankten Herde zu exstirpieren. Die Möglichkeit des Auftretens eines kleinen Recidivs spricht nicht hiergegen, da auch bei der Operation maligner Geschwülste Nachoperationen notwendig werden und dieselben leicht und erfolgreich ausgeführt zu werden pflegen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. November 1897.

(Original-Bericht von Dr. Louis Wickham-Paris).

Über einen in Parma beobachteten Fall von Herpes tonsurans Gruby-Sabouraud. Herren Mibelli und Bodin. Während das Mikrosporon Audouini in London und Paris sehr häufig ist, war es bisher in Italien noch nicht beobachtet worden. Es handelte sich nun in Anbetracht der Pluralität des Trichophyton, nachzuweisen, ob es sich wirklich um das Mikrosporon Audouini handle. Klinisch und mikroskopisch stimmte die Affektion bei dem kleinen Mädchen auch wirklich mit der von Sabouraud so genau beschriebenen Dermatose überein; ihre Dauer war aber etwas kürzer. In den erkrankten Haaren zeigte der Pilz die charakteristischen Merkmale des Mikrosporon Audouini, der Invasionsbezirk des Parasiten war aber etwas beschränkter; das intrapiläre Mycel war ferner leichter kenntlich und reichlicher. — Bodin hat nun die beiden Pilze, den von Mibelli eingesandten und den Parasiten der Pariser Affektion, mit einander verglichen und folgendes konstatiert: 1. Kulturen. Auf den gewöhnlichen Nährböden angelegt, erwies sich derselbe als identisch mit dem Mikrosporon des Hundes, wie ihn B. mit Almy isoliert und beschrieben hatte. 2. In mykologischer Beziehung zeigt der Mibellische Pilz alle morphologischen Eigenschaften des Mikrosporon und aufserdem im besonderen alle diejenigen des Mikrosporon canis. Bei seinen Inokulationsversuchen auf Meerschweinchen gelang es ihm, mit dem italienischen Pilze eine identische Trichophytie zu erzeugen wie mit dem Mikrosporon des Hundes, was Sabouraud mit letzterem niemals gelungen war. Damit ist erwiesen, dafs es nicht nur verschiedene Trichophyton- sondern auch verschiedene Mikrosporonarten giebt und dafs nicht nur das Mikrosporon equi, sondern auch das Mikrosporon canis auf den Menschen übertragbar ist. Es existiert somit neben dem Mikrosporon des Menschen eine Anzahl von Mikrospora tierischen Ursprungs. Das

Studium der äufserlichen Mykosen beim Menschen mufs deshalb Hand in Hand gehen mit derjenigen beim Tiere.

Herr Sabouraud erklärt, dafs die kleinsporige Trichophytie beim Kinde sich bisher als durch eine einzige Pilzspecies verursacht erwiesen hat, nämlich durch das Mikrosporon Audouini. Die Pluralität des Mikrosporon kann zwar nicht geleugnet werden, sie ist aber beschränkter als beim Trichophyton und kann etwa derjenigen des Favuspilzes verglichen werden.

Haut- und Blutveränderungen bei der pustulösen Dermatitis mit excentrischer Ausbreitung. Herr Leredde. Diese von Hallopeau beschriebene Affektion verläuft unter der Bildung von Bläschen und Pusteln sowie von Wucherungen, welche excentrisch sich ausbreitende Plaques bilden, wodurch die Dermatose viele Analogien mit dem Pemphigus vegetans Neumann aufweist. Andererseits haben Wickham und Hudelo die Koincidenz dieser Dermatitis mit der Dermatitis herpetiformis Duhring beobachtet. — Im Blut hat L. 16% eosinophile Zellen konstatiert und in den Epidermiswucherungen tiefgelegene Bläschen, welche ausschliefslich mit solchen Zellen ausgefüllt waren; die oberflächlicher gelegenen Bläschen enthalten neben eosinophilen Zellen Hornsubstanz. Bei der Duhringschen Dermatose findet man ebenfalls eine Verhornung derjenigen Höhlen, welche sich nicht mit Hornsubstanz anfüllen, indem keine Wucherung der Epidermis stattfindet. Die Dermatitis pustulosa Hallopeau stellt somit in histologischer und hämatologischer Beziehung nur eine Varietät der Duhringschen Krankheit dar. Es war jedoch notwendig, die Beschreibung dieser letzteren etwas abzuändern und neben dem Duhring-Brocqschen Typus verschiedene andere aufzustellen, die sich klinisch als vollständig getrennte Affektionen erweisen.

Über vier Fälle von Mykosis fungoides. Herr Hallopeau. Als neue Thatsachen, welche aus der Untersuchung dieser Fälle hervorgehen, sind anzuführen: Die mykotischen Erythrodermien können, nachdem sie einige Jahre mit der gröfsten Intensität bestanden haben, spurlos verschwinden, ebenso die durch sie verursachten Lymphdrüsenschwellungen. Die Neubildungen können zu aufserordentlichen Dimensionen anwachsen und, z. B. auf dem Rücken, enorme Massen bilden, welche der Patient wie einen Buckel trägt. Die Ausbreitungszone dieser Massen kann durch Vermittelung eines Urticariaringes geschehen, dessen Entstehung wohl nur durch die Wirkung von Toxinen erklärt werden kann, was wieder zu Gunsten der parasitären Natur der Affektion spricht. Das Neoplasma, welches in vielen Fällen den übrigen mykotischen Erscheinungen um viele Jahre vorangeht, zeichnet sich durch ganz besondere Merkmale aus, welche es sowohl von den mykotischen Tumoren als von allen anderen Neubildungen, besonders den Warzen und Naevis unterscheiden. Es stellt wahrscheinlich die initiale Läsion und die Eintrittspforte der Affektion dar. Die Ulcerationen können farblose, serpiginöse Narben hinterlassen, welche von einer hyperpigmentierten Zone umgeben sind, wie man sie nach Syphiliden beobachtet; sie zeigen aber nicht dasselbe polycyklische Aussehen und an den Stellen, wo die einzelnen Ringe aufeinanderstofsen, verwischen sie sich nicht, sondern überkreuzen sich, was bei den Syphiliden niemals vorkommt. Die Ausbreitung der Krankheit geschieht durch Bildung mit seröser oder eiteriger Flüssigkeit angefüllter Blasen und durch Vegetation des unterliegenden Dermas. Die Blasen können an der Stelle früherer Läsionen entstehen. Im Gegensatze zu den erythrodermatischen Formen können die Drüsenschwellungen und das Jucken vollständig fehlen.

Herr Fournier findet, dafs der eine dieser Fälle grofse Ähnlichkeit hat mit Syphilis; die Mykosis ist unzweifelhaft, es kann sich aber um eine Kombination der beiden Affektionen handeln. Zur Diagnose ex juvantibus schlägt er Kalomelinjektionen vor. — Herr Dubois-Havenith erklärt, dafs er bei Lupus vorzügliche Resultate mit

Kalomeliniektionen erzielt habe, so dafs diese zur Differentialdiagnose nicht wohl verwertet werden können.

Hämato-Lymphangioma der Zunge und des Gaumensegels. Herren Brocq und Leo Bernard. 17jähriger Mann mit einer länglichen Geschwulst auf der linken hinteren Hälfte der Zunge. Dieser Tumor zeigt auf seiner Oberfläche zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengrofse Höckerchen mit einem centralen blauen Pünktchen; einige unter ihnen sind durchscheinend, sogar vollständig vesiculös, andere sind von violetter Farbe und sehen aus wie Blutnaevi. Der Tumor ist schmerzlos, besteht von Geburt an, hat aber mit dem Alter an Umfang zugenommen. Seiner Natur nach mufs er zur Gruppe der sogenannten circumscripten Lymphangiome gerechnet werden. Auf der Zunge sind sie aufserordentlich selten. Mit Ignipunktur wurde therapeutisch nichts erreicht, dagegen wurde mit der Elektrolyse eine Besserung erzielt. Über den histologischen Befund werden die Autoren später referieren.

Schanker des Vorderarms. Herr Fournier. Der Patient trägt am Vorderarme zwei ausgedehnte syphilitische Schanker, die wahrscheinlich einer Tätowierung ihre Entstehung verdanken, indem sie ca. 30 Tage nach derselben auftraten.

Xeroderma pigmentosum. Herr Danlos stellt zwei Patientinnen vor, die eine mit einem typischen Xeroderma pigmentosum, die andere mit einem phagedänischen Geschwüre an der Glutäalgegend. Das Geschwür ist wahrscheinlich luetischer Natur.

Ein Fall von Ulcus venereum phagedaenicum. Herr Balzer hat einen 30jährigen Mann mit einem weichen Schanker beobachtet, welcher rasch ein phagedänisches Aussehen annahm und zu einer bedeutenden Phimose führte, welche incidiert werden mufste. Das Geschwür verbreitete sich über den ganzen Penisrücken. Unter permanenten Irrigationen mit Permanganatlösungen schien zuerst ein Stillstand in der Ausbreitung des Ulcus eintreten zu wollen, um aber bald darauf wieder, wenn auch langsam, fortzuschreiten. Eine kombinierte Hg-KJ-Behandlung hatte nur zum Resultate, dafs der Patient noch schwächer wurde. Drei Monate später wurde der inzwischen entlassene Patient wieder aufgenommen und diesmal mit 1‰ Chlorzinklösung behandelt: Heilung nach weiteren zwei Monaten. Stärkere Lösungen desselben Präparates waren früher schon, jedoch völlig erfolglos, angewendet worden.

Herr Hallopeau rühmt in solchen Fällen die Wirkung von koncentrierten Lösungen von Eisen-Kalium-Tartrat.

Melanische Lentigo. Herren Balzer, Gaucher und Milian. Eine 29jährige Patientin zeigt auf den Hand- und Fingerrücken, auf den Vorderarmen, in der Umgebung des Mundes und der Augen tintenschwarze, linsenartige Flecke, welche während der Rekonvalescenz nach Typhus aufgetreten waren. Das Erscheinen der Flecken war von Schmerzen in den Vorderarmen begleitet, die jetzt noch bestehen und durch Druck auf die Nerven, spez. den Ulnaris hervorgerufen werden können. Handelt es sich um ein Xeroderma pigmentosum? Wahrscheinlicher ist das Bestehen von trophischen Störungen, verursacht durch den vorangegangenen Typhus. Diese trophischen Störungen können auf Veränderungen in den Eingeweiden (Nebennieren, Milz etc.) beruhen. Das Pigment ist Melanin und hat seinen Sitz vornehmlich in der Basilarschicht der Epidermis.

Nageldystrophie. Herr Ed. Rist stellt eine Patientin vor, bei der nach und nach alle Zehen von einer schmerzhaften Anschwellung in der Umgebung des Nagels befallen wurden, welche schliefslich zum Ausfall dieser letzteren und zur funktionellen Atrophie der Matrix führten. Die Affektion zeigt einen progressiven Verlauf (die Fingernägel fangen an, ergriffen zu werden) und ist von Gelenkschmerzen mit serösem Exsudat begleitet. Beträchtliche Zunahme der Harnsäure im Urin. Nervöse Symptome fehlen, sodafs man an eine allgemeine Ernährungsstörung als Ursache denken mufs.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 24. Oktober (5. November) 1897.

(Originalbericht von A. Jordan-Moskau.)

1. Dr. Hlawsche als Gast stellt einen 19jährigen Patienten mit **Atrophia cutis idiopathica** vor, welche vorzüglich die beiden Hand- und Fufsrücken, die Unterarme und Unterschenkel, aber auch die Zunge betrifft.

Pospelow erinnert an den von A. Jordan im letzten Heft der *Monatsh. f. prakt. Derm.* (Bd. XXV. No. 8. 1897) beschriebenen Fall von **diffuser seniler Atrophie** und **Hyperpigmentose** der Haut und bittet den anwesenden Autor um nähere Auskunft über diesen Fall. — Jordan referiert an der Hand eines Aquarelles über den publizierten Fall. — Pospelow äufsert in Bezug auf das Zustandekommen der Hyperpigmentose Bedenken, dieselbe allein durch Pruritus senilis zu erklären.

2. Dr. Malyscheff demonstriert einen Patienten mit **Urticaria bullosa** und einen anderen mit **Vitiligo.**

3. Dr. Shiwult spricht über die **Behandlung des Lupus vulgaris** nach der Methode Holländers. Während des letzten internationalen Kongresses hierselbst brannte Holländer eine derartige Patientin von Shiwult mit dem speziell dazu von ihm erfundenen Apparat. Bei der weiteren Beobachtung konstatierte Shiwult zunächst eine starke Reaktion nach der Operation, worauf zwar eine entschiedene Besserung eintrat, die aber nur von ganz kurzer Dauer war, denn schon jetzt, nach zwei Monaten, ist wieder Rötung aufgetreten, so dafs eine neue Lupuseruption zu erwarten steht. Shiwult hält daher die Holländersche Methode wenigstens in diesem Fall für erfolglos. — Pospelow erwähnt, dafs er bei Behandlung von Lupus vulgaris noch die besten Resultate erhalten hat durch Skarifikationen und darauffolgende Kreosotkompressen.

4. Dr. Tschernogubow macht weitere Mitteilungen über seine **Methode der Leprabacillenfärbung** im Blut. Die Bacillen halten sich auf diese Weise sehr lange, denn es gelang ihm zwei Jahre nach Entnahme des Blutes mittelst der von ihm angegebenen Röhrchen bei einem Leprakranken noch die Leprabacillen nachzuweisen. Ganz besonders eignet sich diese Methode für zweifelhafte Fälle, wenn der Arzt nicht imstande ist, an Ort und Stelle die Blutuntersuchung vorzunehmen. Es läfst sich diese Methode aber auch für andere Fälle benutzen, so für das Blut von Rhinosklerom kranken oder auch für den Eiter von Tuberkulösen. — Pospelow hebt nochmals (cf. das Referat Bd. XXV, pag. 561) die Vorzüge dieser Methode hervor.

Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft.

11. Versammlung in Gent vom 24.—27. April 1897.

Über die vermeintlichen Tysonschen Drüsen, von L. Stieda. Die Untersuchung an 300 lebenden Männern, wie die mikroskopische, ausgeführt von Sprunck, haben ergeben, dafs die Tysonschen Drüsen an der Eichel nicht existieren, sondern durch Papillen vorgetäuscht werden.

Über die Tysonschen Drüsen des Menschen, von v. Koelliker. Verfasser hält an der Existenz der Drüsen fest; es sind echte Talgdrüsen zum Teil an der Glans, zum Teil am Frenulum, zum Teil am inneren Präputialblatt. Ihre Menge variiert.

In der Diskussion giebt Stieda zu, dafs Sprunck, für dessen Arbeit er eine gewisse Verantwortung trägt, hätte besser sagen können „ich habe keine Drüsen gefunden", statt „es sind keine Drüsen da." Wenn v. Koelliker Talgdrüsen an der

Glans finde, so könnten dieselben nur sehr selten sein oder es müfsten Rassenunterschiede vorhanden sein, denn er habe in Königsberg und Dorpat keine gefunden. — Bonnet hebt hervor, dafs das Vorkommen von Talgdrüsen an die Entwickelung von Haaren, resp. der äufseren Wurzelscheide gebunden ist. Das Haar kann sich zurückbilden und schwinden, die Talgdrüse sich fortentwickeln.

Bemerkungen über die Lage des Ureters, von Waldeyer. Der rechte Ureter liegt weiter von der Mittellinie entfernt als der linke, kreuzt die Beckeneingangsgefäfse daher weiter distalwärts. Der rechte ist bei der Kreuzung zum Becken hin stärker winkelig gebogen. Der rechte Ureter kreuzt häufiger die Arteria iliaca externa, da er distaler verläuft, der linke die Arteria iliaca communis, da er proximal verläuft. Im übrigen hängt das von der früheren oder späteren Teilung der Vasa iliaca communia ab, einem schwankenden Faktor. Auch die Lage zu den Vasa hypogastrica ist von diesem abhängig. Eine Fossa ovarii an der Seitenwand des Beckens ist häufig vorhanden, der Ureter bildet die untere und hintere Begrenzung der Grube.

Die epitheliale Natur der Naevuszellen, von Unna. Die Naevuszellen liegen in Klumpen, Ballen, Strängen, seltener einzeln eingelagert in fast normales Bindegewebe. Sie zeichnen sich aus: 1. durch bläschenförmige Gestalt und erhebliche Gröfse der Kerne, 2. die völlige Abwesenheit von faserigem Bindegewebe zwischen den Zellklumpen. Dadurch ähneln sie den Epithelien, unterscheiden sich aber wiederum von diesen durch den Mangel an Tingibilität des Protoplasmas (Mangel der Granolaplasmafärbung mittelst Methylenblau) und den Mangel an Epithelfasern. Die Naevuszellen stehen sicher den Epithelzellen, besonders den Drüsenzellen, näher als denjenigen des Bindegewebes. Durch Untersuchung im Entstehen begriffener Mäler stellte Verfasser fest: 1. eine Epithelwucherung, 2. eine Metaplasie des Epithels, 3. eine Verlagerung des Epithels ins Bindegewebe. Metaplasie und Abschnürung gehen zunächst einander parallel. — Man kann vier Kategorien von Kindernaevi unterscheiden: a) einfache Epithelwucherung; klinisch: flache, die Haut überragende, scharf abgesetzte Knoten bis Pfefferkorngröfse; b) Epithelwucherung, Metaplasie, Abschnürung; klinisch: beetartig flache, weniger erhabene und weniger gut abgesetzt; c) Epithelwucherung und rasch hinzutretende Metaplasie bei verzögerter Abschnürung; d) so schnell einsetzende Metaplasie und Abschnürung, dafs es zu einer stärkeren Epithelwucherung gar nicht kommt. Diese Gruppe läfst die epitheliale Abstammung am schwersten erkennen. — In der Diskussion bestätigt v. Koelliker die Richtigkeit der Unnaschen Schilderungen, ebenso Waldeyer und van Beneden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897, No. 9.

Studie über die Verengerung der Harnröhre beim Weibe, von Pasteau. Eine beachtenswerte Arbeit, die eigentlich eine Monographie darstellt und auf No. 8, 9 und 10 der Annalen verteilt ist. Zeichnungen und viele Krankengeschichten, zum Schlusse ein Litteraturverzeichnis sind beigefügt. Bei dem grofsen Umfange der

Arbeit (92 Seiten) können wir nur eine Anzahl Schlufsfolgerungen hier anführen: „Aus dem Kapitel Verengerungen der Harnröhre beim Manne wie bei der Frau mufs man die Spasmen, Polypen, Neubildungen, äufsere Geschwülste, welche den Kanal zusammendrücken, nicht mit in Betracht ziehen. Fafst man die Striktur der Harnröhre beim Weibe so auf, so wurde sie bis jetzt wenig studiert, jedoch ist sie häufiger als man gewöhnlich glaubt. — Sie ist entweder angeboren (selten) oder erworben. Wenn sie erworben wurde, so kann sie eine Folge einer Entbindung sein und sitzt dann tief; oder sie stammt von einer Entzündung her, dann hat sie ihren Sitz näher der äufseren Mündung. Auch nach Sturz auf den Damm kann sie erfolgen (sehr selten) oder nach Operationen in der Harnröhre. Ist die Striktur eine narbige, so bietet sie vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus nichts Besonderes dar; stammt sie von einer Entzündung, so ist sie das Resultat einer totalen sklerosierenden Urethritis. — Als Hauptsymptom erscheint die lange Dauer und Schwierigkeit des Harnens, welches in Pausen erfolgt. — Die Ausdehnung der Blase tritt viel schneller ein als beim Manne, da der weibliche Blasenmuskel schwächer ist. Infektion tritt oft dazu und kann schwere Zufälle mit sich bringen. — Man diagnostiziert die Verengerung mit der Knopfsonde. Auch die Urethroskopie wird gewisse Dienste leisten. Als Behandlung kommt gewöhnlich die langsame und fortschreitende Dilatation in Betracht. Seltener wird die Urethrotomia interna nötig erscheinen."

1897, No. 10.

I. **Herpes genitalis kompliziert durch Herpes urethralis und Urethritis herpetica,** von R. Le Fur (von der Guyonschen Klinik). Bei Herpes genitalis kann auch ein leichter Ausfluſs aus der Harnröhre vorkommen, jedoch ist es etwas Ungewöhnliches, wenn sich, wie im vorliegenden Falle, eine heftige und lange dauernde Urethritis bald nach dem ersten Anfall von Herpes einstellt. Der betreffende 38jährige Mann, nervös und an Gicht leidend, bekam zuerst unmittelbar nach einem Coïtus mit seiner an Herpes menstrualis leidenden Frau Herpesbläschen am Anfange der Harnröhre. Drei Tage später erschien ein graulicher Ausfluſs, welcher in der Wäsche graulich-gelbliche Flecke hinterliefs. Zugleich steigerten sich die Schmerzen beim Urinieren so sehr, dafs er sich kokaïnisieren mufste. In den nächsten Tagen wurde auch der Penis von Herpes befallen. Verschiedene Schübe desselben erfolgten, so vergingen 4 Wochen, ohne dafs die Schmerzen beim Urinieren und der Ausfluſs sich geändert hätten. Es gesellte sich vielmehr Adenitis beider Seiten, Neuralgien mancher Art dazu, welche sowohl Muskel wie Gelenke betrafen. Natürlich fühlte sich der Patient dadurch sehr ermattet. — Die bakteriologische Untersuchung des Ausflusses ergab nur das Vorhandensein von dicken Kokken. Hierauf wurde der Patient mit 1%iger Argentum nitricum-Lösung ausgespült, aber statt einer Besserung erfolgte Steigerung aller Symptome: des Ausflusses, der Schmerzen, der Drüsenschwellungen, der Neuralgien. Fieber bis 40° zeigte sich und das Allgemeinbefinden ward schlecht. Er liefs sich nun in die Guyonsche Klinik aufnehmen, wo aufser den eben genannten Symptomen noch leichte Prostatitis, Ödem der Eichel und des Praeputium, sowie deutliche schmerzhafte Punkte im Verlauf des Harnröhrenkanals entdeckt wurden. — Mit einem Tropfen des Ausflusses wurden Kulturen angelegt auf Fleischbrühe und Gelose; es ergab sich eine üppige Reinkultur eines dicken Coccus, welcher die Gramsche Färbung behielt und häufig in Kulturen gefunden wird, die mit dem in der Gegend des Meatus gesammelten Sekrete erzielt werden. Der Kranke wurde nun einem milden Verfahren unterzogen, bekam Milch, diuretische Thees, Kataplasmen und Lavements, Suppositorien mit Belladonna. Das Fieber ging bald zurück, der Schmerz beim Urinieren schwand. Kokaïn konnte entbehrt werden. — Der Patient

sollte endoskopiert werden, verliefs aber vorher das Spital und setzte zu Hause die zuletzt angewandte Therapie fort, endlich schwand auch der Ausfluſs und jeglicher Schmerz nach fünfwöchentlichem Bestande. Auch die Herpesbläschen heilten völlig aus. — Aber 3 Wochen später zeigten sich wieder Anfälle von Herpes genitalis, jedoch wurde dieses Mal die Urethra nicht befallen, auch Adenitis und Arthralgien kamen nicht zum Ausbruche. — In der Epikrise weist der Verfasser darauf hin, daſs der geschilderte schwere Fall von Herpes zu jener Form gehöre, welche Fournier als konstitutionell bezeichnet, im Gegensatz zu den mehr zufällig eintretenden, in welchen z. B. eine örtliche Ursache sich finde. In der That war ja auch der Patient Neuropathiker und Arthritiker. Freilich rufe bei solchen Patienten mit vorhandener Herpesdisposition ein gewöhnliches Moment, z. B. ein aufregender Coïtus, ein Diätfehler etc., leicht den Herpes mit Recidiven hervor. In dem angegebenen Falle war ja auch ein verlängerter Coïtus mit der an Herpes menstrualis leidenden Frau vorausgegangen, an Infektion ist nicht zu denken. — Die in vorliegendem Falle erwähnten Komplikationen: Urethritis, Adenitis und Arthralgien hat schon Fournier als drei Varietäten im Gefolge des Herpes genitalis beschrieben. Für die Urethritis fand er wieder folgende Charaktere: 1. sie ist wenig beträchtlich; 2. der Ausfluſs ist fast wässerig; 3. der Ausfluſs ist schmerzlos; 4. er heilt von selbst. Aber in dem oben geschilderten Falle fehlten alle diese Merkmale und besonders die Gutartigkeit; denn eine heftige und lange dauernde Urethritis kam zum Vorschein. Wohl verschuldete die Spülung mit Höllensteinlösung einiges, aber auch vorher hatte schon Wochen lang die Urethritis bestanden, und zwar mit gleichbleibender Stärke. Vom bakteriologischen Standpunkte aus erschien diese Urethritis zunächst als eine (nach Guyon) mikroskopisch aseptische Form, aber doch wies das Kulturverfahren nach, daſs die Urethritis streng genommen nicht aseptisch war, da doch Kokken sich vorfanden. Freilich scheinen diese keine spezifische Bedeutung zu besitzen und gewöhnlich in der Fossa navicularis vorhanden zu sein. — Was die Eingangspforte für ein etwa vorhandenes ansteckendes Agens betrifft, so glaubt Verfasser, daſs in der Harnröhrenschleimhaut Herpesbläschen entstanden sind und daſs durch die so gesetzten Verletzungen die gewöhnlich in der Urethra vorhandenen Organismen Gelegenheit fanden, üppig zu wachsen und Urethritis hervorzurufen. Dies komme öfter vor, als man gewöhnlich annehme, zumal ja oft die Endoskopie unterbliebe. Wahrscheinlich entständen so manche Urethritiden, die man als bizarre bezeichnete. Auch der vorliegende Fall illustriert deutlich den Rat Fourniers, solche Urethritiden nicht in irritierender Weise, sondern mild, mit erweichenden Mitteln zu behandeln. Man solle also ätzende Einspritzungen, Spülungen, Einträufelungen beiseite lassen, die erweichende Behandlung führt auch bald zum Ziele.

II. **Beschreibung eines Ballonkatheters und einer am Beniqué mit Konduktor angebrachten Abänderung**, von Noguès (Klinik Guyons). Wenn bei Cystitis dolorosa der hohe Blasenschnitt nötig ist, gelingt es nicht immer leicht, die vordere Blasenwand zu treffen. Eine Ausdehnung der Blase erscheint dann wünschenswert. Beim Manne läſst sich wohl die für diesen Zweck eingeführte Flüssigkeit durch Ligatur des Penis und Benutzung eines Katheters mit Hahn erreichen, beim Weibe aber nicht. Deshalb erdachte Guyon einen Ballonkatheter, durch den mittelst vorsichtig einzuspritzender Flüssigkeit allmählich die gewünschte Dilatation der Blase erzielt werden kann. Das Instrument besteht aus einem Kautschukkatheter mit sehr dicken Wänden vom Kaliber No. 20 ohne Auge und ohne Öffnung am Ende. 5 mm von diesem entfernt verdünnt sich die Wandung des Katheters ganz bedeutend und wird leicht ausdehnbar, einem Colpeurynter ähnlich. Dieses Endstück mifst 15 mm, unter dem Anprall einer Flüssigkeit nimmt es eine ovale Form an und kann im

Maximum 150 ccm fassen. Um das Instrument zu verwenden, setzt man es auf einen Mandrin, z. B. mit Beniquékrümmung und dem beweglichen Röhrenaufsatz Guyons, wenn man beim Manne damit arbeiten will, beim Weibe genügt ein gerader Metallstab. Die Einspritzung der Flüssigkeit mufs sehr langsam und vorsichtig von statten gehen, da die Empfindlichkeit solcher Blase grofs ist. Am besten beginnt man bei solchen gereizten Blasen mit der Dilatation erst, wenn man die vordere Fläche der Blase entdeckt hat.

Von Guyon stammt ebenfalls eine Modifikation am Beniqué mit Konduktor. Man hat bekanntlich öfters Schwierigkeit, um die Bougie anzuschrauben; diese trifft mit der Schraubenmutter nicht in einer Achse zusammen, die Schraubenmutter läfst sich schwer reinigen. Dem wurde von Guyon dadurch abgeholfen, dafs ein glattes Ansatzstück dem Schraubengang vorgesetzt wurde, dadurch treffen Schraubenmutter und Gang genau in der Achse parallel zusammen; ein seitliches Auge steht in Verbindung mit der Höhlung der Schraubenmutter, dadurch kann mittelst Spritze, eventuell mit einem Draht die Reinigung vorgenommen werden. — Zeichnungen sind zum besseren Verständnis dem Artikel beigefügt. *Neuhaus-München.*

Besprechungen.

Lehrbuch der Pharmakotherapie, von Kobert. (Stuttgart, Ferdinand Enke. 1897.) In dem vorliegenden Werke ist die gesamte ärztliche Welt um einen grofsen Schatz bereichert worden. Allen denen, welchen die Kenntnis der schon Allgemeingut gewordenen und die Weiterentwickelung der modernen Pharmakotherapie am Herzen liegt, werden das Erscheinen des Werkes mit grofser Freude begrüfst haben, das in schöner Ausstattung 600 Seiten stark vorliegt. Wir glauben durch eine kurze Inhaltsangabe das Interesse derjenigen Kollegen, welche das Werk noch nicht besitzen, am besten wachrufen zu können. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und speziellen Teil. Der erstere behandelt zunächst den Unterschied zwischen Heilung und Behandlung, woran sich die Schilderung der verschiedenen, nämlich der suggestiven, diätetischen, physikalisch-mechanischen und der arzneilichen Behandlungsmethoden anschliefst. Das dritte Kapitel handelt von der Begriffsbestimmung, Benennung und Geschichte, das vierte vom pharmakologischen Verfahren und der Wirkungsweise der Mittel, das fünfte von den Orten, Formen und Arten der Applikation, das sechste vom physikalisch chemischen Verhalten. Für uns ist hier der Hinweis interessant, dafs Schwefel bei innigem Kontakt mit der Haut langsam zu Schwefelalkalium, Jod zu Jodalbuminat wird und als solche in Lösung gehen, metallisches Hg wird subcutan zu Hg-Albuminat-Chlornatrium gelöst, Chrysarobin und Pyrogallol erleiden eine Oxydation, selbst wenn der Luftsauerstoff ganz und gar abgeschlossen wird. Also nach äufserlicher Applikation haben wir auf, in und unter der Haut eine sehr komplizierte Umwandlung vor uns, die teils als Oxydation, teils als Neutralisation, teils als Lösung teils als Albuminatbildung bezeichnet werden mufs. Ausscheidungsorgane der Haut für Mittel z. B. Alkohol, Quecksilber, Blei, sind die Knäuel- und Talgdrüsen. Das siebente Kapitel handelt über Apotheken, Pharmakopöen, Benennung und Verordnung der Mittel, das achte über die Einteilung der Mittel; den Schlufs des allgemeinen Teils bildet eine Betrachtung über die Untersuchung der Mittel.

Der spezielle Teil beginnt mit der Besprechung der pharmakotherapeutischen

Mittel, zunächst der mechanisch wirkenden. Hier interessieren uns vornehmlich die schützenden, „zusammenziehenden", „kratzenden", „kühlenden", die feuchte Wärme übertragenden Mittel und die „Vehikel", die diätetischen Mittel und Nitritienten, die Tonica. Ganz ausgezeichnet ist das Kapitel der „Caustica" behandelt; die Methoden der Prüfung, die physikalische und chemische Wirkung, sowie die Indikationen, Form und Darreichung derselben werden exakt und präcise besprochen. Auch eine Tabelle der wichtigsten Ätzmittel ist beigegeben. Nach den Blutstillungsmitteln werden die „Häutchenbildner" erläutert, dann die echten Gegenmittel, die antiphlogistischen, antimikrobischen Mittel, die Wundaseptica, Mund-, Magen-, Darm- und Harnwege-Antiseptica, dann die Mittel gegen Tuberkulose, gegen mikrobische Fieber, gegen Lues, gegen Dyskrasien, ferner Knochen-, Blut-, Gefäfs- und Herzmittel, Anregungsmittel der Gehirnthätigkeit, harntreibende Mittel. Die Hautmittel teilt Kobert ein in die schweifstreibenden, schweifswidrigen, Hautreizmittel, lokale Anästhetica, Mittel gegen tierische Schmarotzer, Keratoplastica, Mittel gegen Hautparasiten, sowie gegen genuine Dermatosen. Es folgen die Mundmittel, Stomachica und Digestiva, Brechmittel, Brechwidrigmittel, Abführmittel, die Wurmmittel, Mittel gegen Durchfall, gegen Krankheiten der Atmungsorgane, allgemeine Anästhetica, Mittel gegen Schmerzen und Schlaflosigkeit, Nervenberuhigungsmittel, Mittel, welche auf die Geschlechtsteile wirken, endlich die Augenmittel.

Einiges bedarf nach meiner Ansicht der Verbesserung in der nächsten Auflage. So steht pag. 95, dafs zur Pastengrundlage gelegentlich auch Vaselin benutzt wird. Ich glaube, dafs das Vaselin sich sehr gut zur Pastengrundlage eignet. Pag. 169: Die Eisengerbung, d. h. die adstringierende Wirkung der Eisenoxydsalze wird zu medizinischen Zwecken nicht benutzt. Das ist nicht richtig. Von Unna ist seiner Zeit das Tintenbad (Acidum tannicum 5, Ferrum sulfur. oxydulat. 2 pro balneo) zur Behandlung von Pemphigus, chronischen Ekzemen und pruriginösen Dermatosen empfohlen worden. Pag. 207: Kalium chloricum ist zur Wundbehandlung nicht brauchbar. Im Gegenteil, durch seine starke Oxydationswirkung fördert es auf verletzter Haut das Wachsen der Granulationen, reinigt so ulceröse Partien (Ulcus cruris). Ebendaselbst: Die schwefelige Säure ist zum Wundverband nicht brauchbar. In der Form von Calcium bisulfurosum ist dies dennoch möglich und zwar gegen Hautaffektionen mit pruriginösem Habitus, bei Pityriasis versicolor wirkt es geradezu spezifisch. Pag. 308: Die Blasenbildung durch Vesicantien, durch grofse Hitze, sowie die Zosterblasen ist eine gleiche. Jedem Mikroskopiker wird es leicht sein, die Zosterblase, deren Wesen hauptsächlich in einer Epithelveränderung (ballonierende Degeneration) besteht, von einer Verbrennungsblase zu unterscheiden. Ebendaselbst: Bei der Dermatitis pustulosa handelt es sich unter heftigem Jucken um Bildung von Papeln, dann von eitergefüllten Pusteln. Ein Zusammenhang zwischen Papeln, die durch Jucken entstehen, und Pusteln, welche durch Eiterung verursacht werden, ist mir nicht bekannt. Pag. 329: Die Krätzmilbe lebt in der Haut und zwar im Malpighischen Schleimnetz. Durch Töröks Arbeiten ist es bewiesen, dafs der Acarus nur bis zur mittleren, d. h. etwas oberhalb der basalen Hornschicht vordringt. Pag. 340: Die Salicylsäure steht in ihrer Wirkung zwischen Schwefel und Resorcin. Dies ist nicht exakt, denn die Haupteigenschaft der Salicylsäure ist ihre keratolytische Wirkung, die des Schwefels und Resorcins eine reduzierende, die Verhornung des Epithels begünstigende. Aufser diesen wenigen Sätzen haben wir nichts gefunden, was wir nicht voll und ganz unterschreiben können. Jedem der Spezialkollegen, dem das Studium der so wichtigen Pharmakotherapie am Herzen liegt, sei das grofsartige Werk angelegentlichst empfohlen. *Leistikow-Hamburg*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bemerkungen über einige praktische Seiten der Leprafrage in New York, von P. A. Morrow. (*New York med. Journ.* 7. Nov. 1896.) In einem in der Medical Society gehaltenen Vortrag (welcher durch verschiedene Demonstrationen vervollständigt war) sprach sich Morrow sehr deutlich gegen die Zwangsisolierung der Leprakranken aus. Es sei die gröfste Inkonsequenz, diese Kranken einzusperren, wenn man zu gleicher Zeit die Tuberkulösen und Syphilitischen völlig unbewacht frei umhergehen läfst. In den letzten 10 Jahren sind in New York 60 000 Menschen an Tuberkulose, 1354 an Syphilis und nur 2 an Lepra gestorben. Bei genügender Überwachung könne man die in guten äufseren Verhältnissen lebenden Patienten getrost der Familienpflege überlassen, für bedürftige Kranke müfsten genügende, aufs beste eingerichtete und angenehme Hospitäler errichtet werden, aber keine Gefängnisse. *Philippi-Remscheid.*

Die Lepra in Columbien, von H. Polakowski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897 No. 40.) Aus der Revista médica de Bogotá berichtet Verfasser mit Rücksicht auf die in Columbia sehr ausgedehnte Lepra; es sollen 30 000 Fälle dort vorhanden sein. Campe e Corredor tritt in dem Blatte für die Kontagiosität der Lepra ein. Carrasquilla berichtet über seine Serumbehandlung der Lepra. Dieselbe erzielte: Entfärbung der Flecken, besonders in der Nähe der Injektionsstelle, Wiederherstellung der Sensibilität an anästhetischen Stellen, erheblicher Rückgang aller Erscheinungen bei tuberöser Lepra, Schwund der Ödeme, Abplattung und Schwund der Knoten durch Resorption oder Eiterung, Vernarbung der Geschwüre, die wieder schmerzhaft werden, Rückkehr des Appetits und Schlafes. — Carrasquilla hat bei 15 Kranken dieselben Erfolge erzielt. Er giebt genaue Auskunft über die Herstellung des Serums und die Anwendung desselben, worüber schon an anderer Stelle berichtet ist. — Aus dem weiteren Bericht geht dann hervor, dafs die Regierung eine Ärztekommission einsetzte, die an 12 in einem besonderen Spitale befindlichen Leprösen das Carrasquilla-sche Serum prüfen sollte; jedoch scheint dieselbe ihres Amtes noch nicht gewaltet zu haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen über Lepra nach Erfahrungen in Indien und Ägypten, von Sticker. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 39/40.) Als Mitglieder der deutschen Pest-Kommission hat Sticker in Indien neue Studien für die Pathogenese der Lepra unternommen und glaubt dieselbe entdeckt zu haben. Sie läfst sich in zwei Sätze zusammenfassen: 1. Der Ort, von welchem alle Leprakranken während der längsten Zeit ihrer Krankheit die Leprabacillen regelmäfsig und meistens in ungeheuren Mengen an ihre Umgebung abgeben, ist die Nase. Neben dem Nasenexkret kommt selten das Sputum als Träger des Bacillus in Betracht, selten die Feuchtigkeit verschwärter Hautknoten; den übrigen Absonderungen der Leprakranken fehlt jede praktische Bedeutung im Sinne von Infektionsträgern. 2. Der Ort, an welchem die Lepra den gesunden Körper zuerst, vielleicht ausnahmslos zuerst befällt, ist der vordere Abschnitt der Nasen-

schleimhaut, meistens der Schleimhautüberzug des knorpeligen Teils des Septums. Die Lepra setzt ihren Primäraffekt auf die Nasenschleimhaut wie der chronische Rotz; sie ist primär eine Nasenkrankheit im selben Sinne, selbst in viel engerem Sinne, wie die Syphilis zuerst eine Krankheit der Geschlechtswege, wie die Tuberkulose zuerst eine Krankheit der Lungenspitzen ist. — — Den Satz von der Bedeutung des Nasenexkretes als Infektionsträger bei der Lepra gründet Verfasser auf die Untersuchung des Nasenschleimes von 153 Leprösen. Und zwar wurde 128 mal die mehr oder weniger reichliche Anwesenheit von Leprabacillen in der Nasenabsonderung festgestellt. — Zunächst fiel dem Verfasser auf, dafs in den Ausnahmefällen, in welchen die Nase keine Bacillen mehr enthält, fast ausnahmslos die gröbsten Spuren der anatomischen Veränderungen bestanden, welche im aktiven Krankheitszustande das bacillenhaltige Exkret liefern. Am auffallendsten war das bei den alten bacillenlosen Fällen von reiner Nervenlepra; alle bis auf drei Ausnahmen zeigten die ausgesprochensten Veränderungen der Nase und fast die Hälfte abgeheilte Geschwüre und Perforationen des Nasenseptums. — Entweder mufste man annehmen, dafs alle diese Kranken Syphilis und Lepra zugleich gehabt hatten oder dafs die verdächtigen Zustände in der Nase mit der Lepra selbst in inniger Beziehung stehen. Abgesehen davon, dafs für überstandene Syphilis sich weder in der Anamnese, noch im Status ein Anhaltspunkt zu ergeben pflegte, sprach natürlich der Gehalt an Leprabacillen in den noch nicht obsoleten Nasenveränderungen indirekt für die lepröse Natur der gleichen abgeheilten Affektionen. Zudem zeigten die Veränderungen alle einen scharfen Unterschied von ähnlichen Zerstörungen syphilitischer Natur durch ihren Sitz. Während jede Syphilis zuerst den knöchernen Teil der Nasenscheidewand anzugreifen pflegt, waren die ersten Veränderungen und Zerstörungen bei den Leprakranken immer am knorpeligen Teil. — Die Erscheinungen der inneren Nasenlepra sind je nach dem Stadium des Krankheitsprozesses, nach der geringeren oder gröfseren Ausbreitung in der Nasenhöhle sehr verschieden, lassen sich aber in eine Anzahl zusammengehöriger Gruppen sondern, welche etwa einer stufenmäfsig zunehmenden Intensität des Prozesses entsprechen. Es kommt vor: Gesund aussehende, aber schon bacillenführende Nasenschleimhaut, trockene Entzündung bis zur Geschwürsbildung, oberflächliche Schleimhautatrophie, Schwellung der Schleimhaut mit oder ohne Katarrh, Stenose der Nasengänge, Ozaena, vorgeschrittene Zerstörung des Nasengerüstes, Perforation des Septums. Die Veränderungen äufsersten Grades kommen ebensowohl vor bei den Kranken mit reiner Nervenlepra, deren Haut nie eine einzige Leprombildung gezeigt hat, wie bei den Kranken mit ausgesprochenstem tuberösen Aussatz. — Das Exkret der kranken Schleimhautstellen kann schleimig, eiterig oder eigentümlich leimartig sein, das letztere ist unbedingt am bacillenreichsten; es allein enthält die Bacillenkugeln, während im schleimigen oder eiterigen Ausflufs meist nur kleinere Haufen, Züge und Paare von Bacillen sich finden. Das zähe, leimartige Exkret ist meist spärlich, während der Schleimflufs oder die Eiterabsonderung oft massenhaft ist. Bei Eindickung und Eintrocknung der Absonderungen kommt es meistens zu einer lebhaften Wucherung von Bakterien und Kokken an der Oberfläche des Exkrets, während die Leprabacillen spärlicher werden. — Ist der pathologische Prozefs in der Nase wirklich der Primäraffekt der Lepra, so mufs im Inkubationsstadium der Krankheit, in welchem weder Symptome derselben auf der Haut, noch am Nervensystem zu finden sind, jener Affekt entdeckt werden. Bei der langen Dauer des Inkubationsstadiums (bis zu 30 Jahren) müfste der Primäraffekt in der Nase wenigstens beim ersten Beginn der Allgemeinerscheinungen nachzuweisen sein. Sticker scheint ein solcher Fund gelungen zu sein bei einem 5jährigen Kinde. — Bei drei Patienten ergaben sich Anhaltspunkte dafür, dafs durch einen Menschen mit Lepra obscura

auf gesunde Menschen aus gesunder Familie die Lepra übertragen werden könne. — Die Frage, wie der Leprabacillus in die Nase gelangt, um sich dort anzusiedeln, wird teilweise durch die Erfahrungen über die Gelegenheitsursachen der Lepra beantwortet. Enges Zusammenleben, Zusammenschlafen in einem Bette, Küssen, der gemeinsame Gebrauch von Tüchern zum Trocknen des Gesichtes, von Schnupftüchern, Kopfkissen u. a. mögen Mittel für die Übertragung sein. — Die Ausbreitung der Lepra von ihrem Primäraffekt in der Nase auf den übrigen Körper kann sich auf zwei Wegen vollziehen, auf dem Wege der Lymphbahnen und dem Wege des Blutes. Bei der tuberösen Form sind es die Lymphgefäfse und Saftkanälchen in der Haut, welche die regionäre Verbreitung der Bacillen gestatten. Die ersten äufseren Zeichen des Knotenaussatzes beginnen im Gesicht, an den Nasenflügeln und an den Augenbrauen. Auch die nervöse Form macht sehr häufig die ersten Veränderungen im Gesicht. — In seltenen Fällen giebt die Blutbahn den Weg für die Verbreitung des Leprabacillus ab; auch Stickeb konnte dessen Vorkommen im Blute nachweisen.

Neuhaus-München.

Über die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland in den letzten 20 Jahren, von H. Koppel. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 32.) Verfasser glaubt, dafs die Lepra nach Livland im Beginne dieses Jahrhunderts wieder eingeschleppt wurde. Die schnelle Ausbreitung besonders in den beiden letzten Jahrzehnten ist eine Folge der stattgehabten wirtschaftlichen Veränderungen des Lebens des Landvolkes. Durch Dienstpersonen, durch Verehelichung etc. wurde die Krankheit über das ganze Land ausgebreitet, zumal die Landleute, unbekannt mit der Krankheit, sich vor ihr nicht zu schützen wufsten. Die Prophylaxe verlangt folglich: 1. Möglichst genaue Bekanntmachung der Landbewohner mit der Krankheit und ihrer Infektiosität durch die Tagespresse und besondere kleine Broschüren. 2. Öffentliches Namhaftmachen der an Lepra Erkrankten, sodafs jeder es weifs, wenn er es mit einem Leprösen zu thun hat. 3. Genaue Listen über alle Leprafälle und Kontrolle derselben. Mitteilungen an die Ortsbehörden bei Wohnortswechsel.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei auf Lissa in Dalmatien beobachtete Fälle von Lepra, von Lorenz Ritter Dopni v. Delupis. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 39.) Dalmatien gilt für leprafrei; es sind deshalb die beiden vom Verfasser mitgeteilten Leprafälle von besonderem Interesse, zumal es sich um zwei einheimische Personen handelt, die Nachbarn waren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Historische Bemerkungen zur Ausbreitung der Lepra in Brasilien, von W. Havelburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Bei Gelegenheit eines Vortrages des Verfassers hatte Virchow bemerkt, dafs das Vorkommen einer präcolumbischen Lepra doch möglich sei und sich dabei auf Befunde des Prof. Ashmead an Thonfiguren berufen. In dieser Notiz teilt Verfasser einen Brief des letzteren mit, in dem dieser auch sich der Ansicht anschliefst, dafs die Lepra durch Spanier, Portugiesen, vielleicht auch durch Neger nach Brasilien eingeschleppt ist. Die Mutilationen und sonstigen Veränderungen an den gefundenen Thonfiguren deuten mehr auf Syphilis und Lupus. Syphilis ist sicher schon vor Columbus in Amerika vorhanden gewesen. Verfasser fügt diesem Briefe noch weitere Beweise gegen eine präcolumbische Lepra an. Vor 1644 hat dieselbe in Brasilien nicht existiert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Isolierung der Aussätzigen in Leproserien, von Karl Dehio. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 22.) Verfasser citiert zunächst die auf die Unterbringung Lepröser in Norwegen bestehenden Gesetze, wie sie ihm von Hansen

mitgeteilt sind. Nach denselben wird Zwang nur bedingungsweise angewendet. Die Gesundheitskommission hat weiten Spielraum. — Lepröse, die ihr eigenes Zimmer oder auch nur ihr eigenes Bett haben und sich sauber halten, sind kaum gefährlich. Das Gesetz macht keinen Unterschied zwischen tuberöser und anästhetischer Lepra; die Durchführung ist aber letzterer Form gegenüber eine gelindere. Von Zeit zu Zeit werden die Kranken aus den Leproserien zum Besuch nach Hause beurlaubt; seitdem dieses geschieht, entlaufen die Kranken seltener als früher. — Aufklärung des Volkes über die Ansteckungsfähigkeit ist das wichtigste. — Für Rufsland hält Verfasser die zwangsweise Unterbringung in Leproserien für oft unentbehrlich. Andererseits ist es nicht möglich, Patienten, die nicht bleiben wollen, mit Gewalt zurückzuhalten, ebenso wie der Leiter des Leprosoriums das Recht haben mufs, widerspenstige, renitente Kranke auszuweisen. — Die Frage, ob die verschiedenen Lepraformen verschieden ansteckend sind, bedarf einer wissenschaftlichen Erörterung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Lepra, von P. G. Unna. (*Deutsche Medizinalztg.* 1897. No. 34.) Ein 30jähriger Patient aus Brasilien zeigt die ganze rechte Backe von einem flachen, höckerigen, gelbrot- bis rehbraunen die Oberfläche überragenden Tumor eingenommen. Derselbe ist weich, läfst diaskopisch gelbe, in weifses Kollagen eingesprengte, gröfstenteils perifollikulär gelegene Herde erkennen. Aufserdem nur noch kleinere Knötchen an Ohrmuschel und Hals und zerstreut fünf erbsengrofse, dunkelbraune Papeln. Das Mikroskop bestätigt die Diagnose „Lepra". — Abtragung der Knoten unter Chlormethyl mit Rasiermesser, Ätzung mit Acidum carbolicum liquefactum, Auflegen von Pyrogallolpflastermull. Nach eingetretenem Zerfall der tintenschwarz gefärbten Stellen Heilung unter Ichthyol und Anwendung des Mikrobrenners. Zuletzt mehrmalige Schälung mit Resorcinpaste. Innerlich Oleum gynocardiae und Ichthyol; ersteres nur kurze Zeit, da es nicht gut vertragen wurde. Der Patient wurde von den Lepromen auf diese Weise befreit. Ein halbes Jahr später erfolgte eine neue universelle Eruption von braunschwarzen, ganz flachen oder wenig vorspringenden Papeln und entzündlichen, etwas empfindlichen Knoten. An den früher erkrankt gewesenen Stellen kein Recidiv. Es wurde Oleum gynocardiae (4 : 10—6 Oleum olivarum) subcutan täglich injiziert und Pyrogallol-Salicylsalbe täglich zweimal eingerieben und zwar wurde das wirksame, von Nebenwirkungen freie Pyrogallol. oxyd. (5 : 6 Salicylsäure auf 100 Salbe) gegeben. Später wurde Pyrogallol. oxyd. auch intern in keratinierten Pillen bis zu 0,5 pro die verordnet. Als dieses gut zu wirken schien, wurden täglich 50,0 einer Lösung von 50,0 Pyrogallol. oxyd. auf 1 Liter Citronenessenz, also ca. 2,5 pro die gegeben. Man kann soviel aber nur von einem vollkommen oxydierten Präparat geben; man mufs dasselbe vorher mit Äther ausgewaschen haben. Unter dieser Therapie besserte sich das Allgemeinbefinden. Sämtliche Flecke, Papeln und Knoten schwanden; die zurückbleibenden Pigmentflecke wurden durch Ichthyolsalbe und Mikrobrenner beseitigt. Das Gesicht sah glatt, normal gefärbt, narbenlos aus; die Haut am Ohr erscheint faltig, gerunzelt, wie geschrumpft. — In fünf Monaten sind keine neuen Knoten aufgetreten, was sonst bei Beseitigung ausgedehnter Leprome in der Regel geschieht. — Die durch Skarifikation der Flecken gewonnene Flüssigkeit enthielt zuletzt gar keine Bacillen mehr. — Die histologische Untersuchung der abheilenden Knoten ergab ein Schwinden der Bacillenmassen aus den Lymphspalten. Es blieb nur ein hypertrophisches Bindegewebe mit rosenkranzartigen Saftspalten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Serumtherapie der Lepra, von Juan de Dios Carrasquilla, übersetzt von van Niessen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 41.) In der nationalen medizinischen Akademie zu Bogota berichtete Carrasquilla den 30. August 1895 über seine

Serumbehandlung der Lepra. Das Serum wird gewonnen von Pferden, die mit dem Blutserum Lepröser geimpft sind. Die ersten Versuche bei Nervenlepra ergaben: 1. Entfärbung der Flecke, besonders der den Injektionsstellen am nächsten gelegenen, 2. Wiederkehr des Gefühls in den anästhetischen Bezirken, Besserung des Gesamtbefindens. — In der Novembersitzung berichtete Verfasser über die Experimente bei tuberösen Lepraformen. Diese brachten noch folgende Ergebnisse: Schwinden der Ödeme, Erweichen der Knoten und Resorption oder Eiterung, wunderbar schnelle Vernarbung ulceröser Stellen nach vorausgegangener reichlicher Eiterung, Abflachen und Blafswerden der Narben vereiterter Leprome, Vernarbung von Schleimhaut. geschwüren und Schleimhautknoten, Entfärbung des Gesichtes und Schwund der Leontiasis, Wiederkehr von Appetit, Schlaf, guter Stimmung, Ausbleiben jedes neuen Krankheitszeichens. — An 15 Leprafällen sind diese Beobachtungen gemacht; Verfasser hält sie für genügend, um eine Heilung durch die Seruminjektionen anzunehmen. — Die genauere Herstellungsweise des Serum ist folgende: Entziehung von 100—500 ccm durch Aderlafs (das Blutserum ist bei zahlreichen Geschwüren und langer Dauer grünlich, eigentümlich abstofsend riechend, sonst gelb, durchsichtig, geruchlos; das erstere Serum alteriert die Pferde mehr), Aufbewahrung durch 12 bis 24 Stunden bei 12—15 °, Abhebung des Serums durch Pipetten, Durchgiefsen durch eine zwischen zwei Wattebauschen befindliche Lage Kampfer, Injektion von 15 bis 150 ccm kräftigen jungen Pferden. Wiederholung der Injektion zweimal nach je 10 Tagen; Venaesektion der Pferde an der Vena jugularis. Das aus dem Blute unter den oben genannten Mafsnahmen gewonnene Serum wird dann, um etwaige Giftwirkung zu kontrollieren, Meerschweinchen und Kaninchen probeweise injiziert, bevor es bei Menschen Verwendung findet. Das Serum ruft bei den Patienten eine „normale" und eine „accidentelle Reaktion" hervor. Die erstere besteht in Kälte und Frostgefühl, Durst, Unbehagen, Schwäche, occipitalem Kopfschmerz, darauf Wärme und Schweifs; Beginn 2—6 Stunden nach der Injektion; Temperatur 38—39—40—41 °; Dauer bis zum folgenden Tage. — Die accidentelle Reaktion bedingt: Muskel- und Gelenkschmerzen, Neuralgien, Eruption von Plaques, Urticaria, Erythemen, selten Asphyxie. — In einem Falle wurde das Serum intern gegeben mit gleicher Reaktion bei gröfserer Dosis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über einen mit Carrasquillaschem Serum behandelten Fall von Lepra, von F. Buzzi. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Ein 15jähriger Knabe mit Lepra ist seit sechs Jahren ohne Erfolg mit allen möglichen Mitteln behandelt worden. Vom Februar bis Juni d. J. wurden 26 Injektionen von Carrasquillaschem Serum 1—2 mal wöchentlich in die Nates gemacht in einer Dosis von 0,3—3,25 ccm. Örtlich entstand ein entzündliches Ödem, das lebhaft schmerzte und in wenigen Tagen verging. Zweimal trat bedrohlicher Kollaps ein. Die Temperatur stieg unter Schüttelfrost 2—3 Stunden nach der Injektion auf 39—40 °, ging abends zur Norm zurück; das Fieber wiederholte sich in den nächsten Tagen. Trotz des intermittierenden Fiebers wurde weiter injiziert. Die Knoten röteten sich, schwollen an, erweichten und schwanden durch Resorption oder nach geschwürigem Zerfall. Die pigmentierten Stellen schuppten lebhaft ab. Die elephantiastischen Ödeme der Extremitäten schwanden, die Haut an ihnen wie im Gesicht wurde glatt; die sehr verkümmerten Nägel wurden normaler; die alopecischen Stellen wurden behaart; die Geschwüre am weichen Gaumen und Zäpfchen vernarbten, diejenigen in der Nase besserten sich; das Gewicht stieg von 79 auf 91 Pfund — kurz eine sehr erhebliche Besserung. Nachschübe, wenn auch milde, sind aber in der Zeit wie nach derselben vorgekommen. Jedenfalls ermuntert das Ergebnis zu weiteren Versuchen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Serotherapie der Lepra, von Olaya Laverde. (*Presse méd.* 1897. No. 83.) Das Serum wurde von Ziegenböcken gewonnen, welchen Blut und zerriebenes Geschwulstgewebe von Leprösen injiziert worden war. 60 Patienten erhielten je 35 bis 40 Injektionen von 2—20 ccm von diesem Serum; 4—6 Stunden nach der Injektion heftige fieberhafte Reaktion, zuweilen mit profusen Schweifsen und Urticariaeruptionen. In allen Fällen wurde eine merkliche Abnahme der leprösen Erscheinungen konstatiert: die Infiltrate wurden resorbiert, die Indurationen nahmen ab, ebenso die Pigmentationen, die Knoten schmelzen zusammen durch Resorption oder Vereiterung, die Geschwüre vernarben rasch, die Anästhesie verschwindet, ebenso die Schmerzen; die Haut nimmt ihr normales Aussehen wieder an, die Gelenke ihre Beweglichkeit. Diese günstigen Resultate werden besonders bei Patienten in der zweiten Periode der Erkrankung konstatiert. (Bericht der medizinischen Akademie, Sitzung vom 5. Oktober 1897.) *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung der Lepra mit hypodermalen Injektionen von antileprösem Serum, von Hallopeau. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 40.) Nach H.s Erfahrungen kommt das antilepröse Serum von Carrasquilla den Erfordernissen einer kurativen Medikation nicht nach, indem die leprösen Erscheinungen, trotz fortgesetzten Gebrauchs des Serums, unverändert blieben, neue Schübe nicht verhindert werden konnten und da, wo eine vorübergehende Besserung konstatiert wurde, diese die Grenzen von dem, was man bei spontanen Regressionen beobachtet, nicht überschritten. Die Meldungen über angebliche Heilungen nach Gebrauch dieses Serums waren zum mindesten verfrüht. Andererseits wurde dasselbe durchwegs gut vertragen, trotzdem die Bereitungsweise Carrasquillas in aseptischer Beziehung viel zu wünschen übrig läfst. Ein Serum, das aus Blut von Tieren bereitet würde, denen Bacillen aus Lepromen injiziert worden, dürfte mehr Aussicht auf günstige Resultate haben. (Pariser med. Akademie.) *C. Müller-Genf.*

Thyreoidbehandlung der Lepra, von C. B. Maitland. (*Lancet.* 31. Okt. 1896.) Ein 18jähriger Muselmann, welcher vor 5 Jahren mit Ameisenkriebeln und allgemeiner Hyperidrosis erkrankte und seit einem Jahr Alopecie, Schwellung der Supraorbitalwülste, Heiserkeit und andere Symptome der Lepra darbot, erhielt im Mai 1894 zunächst eine halbe, später eine ganze, ca. 7,0 schwere Schafsschilddrüse täglich mit Zucker und Wasser zerstofsen. Die Behandlung wurde mit einiger Unterbrechung vier Monate lang fortgesetzt. Der Erfolg wird als sehr ermutigend geschildert. Ebenso soll bei einem 35jährigen Hindu mit typischer Facies leontina durch Verzehren von einer resp. zwei Drüsen täglich in einigen Monaten eine wesentliche Besserung eingetreten sein. *Philippi-Remscheid.*

b. *Tuberkulose.*

Über Miliartuberkulose der Haut (und der angrenzenden Schleimhaut): Tuberculosis miliaris (s. Tuberculosis propria cutis et mucosae), von M. Kaposi. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 40,) Die Polymorphie der von pathologischen Gesichtspunkten als Hauttuberkulose bezeichneten Krankheitsbilder läfst vom klinischen Standpunkte aus es nützlich erscheinen, für dieselben doch die früher bestandenen Bezeichnungen aufrecht zu erhalten. Besonders gilt dieses vom Lupus vulgaris. Die eigentliche wahre Tuberkulose der Haut kennen wir auch, sie entspricht der Miliartuberkulose der inneren Organe. Von jeher bekannt ist sie auf der der Haut benachbarten Schleimhaut. Später erst stellte man die Tuberculosis propria s. miliaris auf der Haut fest. Cornil, Ranvier, Chiari haben aus Miliartuberkeln hervorgegangene Hautgeschwüre mitgeteilt; Jarisch hat die erste klinische Beobachtung gemacht.

Später bringen entsprechende Berichte Marinelli, Kranke, Fabry, Köbner, Barbet, Feibes, Leichtenstern. Letzterer sah bei allgemeiner Miliartuberkulose Schübe gruppierter kleinster Knötchen auf der Haut und Schleimhaut; auf ersterer kam es zur Pustelbildung, nicht zur Ulceration: Zahlreiche Tuberkelbacillen waren im Centrum und unter dem Rete zu finden. Verfasser verfügt über eine beträchtliche Zahl derartiger Beobachtungen, etwa 50. Besonders sind Männer betroffen; die Entwickelung erfolgte ziemlich schnell. In 8 Fällen war nur die Haut, in 8 nur Haut und Schleimhaut ergriffen, in 6 Fällen vorwiegend letztere mit Einbeziehung der nachbarlichen Cutis. Besonders betroffen an der Haut sind: Ohrmuschel, Nasenrücken, Nasenflügel, Nasenspitze, Nasenumrandung, Septum narium cutaneum, Lippen, Mundwinkel, Kinn, Nates, Perinealgegend, Ellenbogen und Vorderarm. Charakteristisch sind klinisch seichte, schmerzhafte Substanzverluste mit feinzackigen, wie ausgenagten Rändern, blafsrotem Grund, serös-viscidem Sekret. Sehr oft findet man randständig komedonen- oder miliumähnliche Knötchen, aus deren Zerfall die Geschwüre hervorgehen; es sind eigentliche Miliartuberkel. Zuweilen findet man das Geschwür umrahmt von einer dünnen, flachen Narbe oder eine centrale, fungöse, nässende oder übernarbte Verhornung. Bacillen wurden oft gefunden, oft auch nicht, manchmal nur zeitweilig. Differentialdiagnostisch sind besonders das Epithelialcarcinom und der Lupus vulgaris abzugrenzen. — Die Prognose dieser Hauttuberkulose an sich ist nicht so sehr ungünstig, beinahe weniger als diejenige des Lupus vulgaris. Die Heilung kann in Monaten oder Jahren eintreten, zumal bei systematischer Behandlung. Die eigentliche Schleimhauttuberkulose ist ja viel bekannter. Sie greift oft auf die Haut über. Ihr Bild ist charakteristisch. Disseminierte Einzel-Follikelerkrankungen in Form kleinster, roter, bald getrübter Pusteln an der Spitze von Knötchen, übergehend in lochförmige, sehr schmerzhafte Geschwürchen, ergänzen zuweilen das Bild. Auch hier ist die Prognose, wenn die allgemeine Tuberkulose nicht bald ein Ende bringt, nicht gar so ungünstig. Zwei Fälle erläutern die Möglichkeit einer Heilung unter Anwendung von 3—5 %igem Jodoformglycerin und starken Argentum nitricum-Lösungen. Verfasser schliefst: 1. Die Tuberculosis propria s. miliaris cutis ist ein klinisch wohlcharakterisierter und von Lupus und allen anderen Formen der derzeit sogenannten tuberkulösen Erkrankungen der Haut wohl zu unterscheidender Prozefs. 2. Derselbe findet sich viel häufiger als die bisherigen Publikationen vermuten lassen, da wir allein von demselben 22 klinische Fälle und noch mehr solche im klinischen Ambulatorium und in der Privatpraxis gesehen haben. 3. Er findet sich fast durchweg bei an anderweitiger Tuberkulose, meist des Respirationstraktus, leidenden Individuen, aber durchaus nicht gerade, wie vielfach behauptet worden, in den letzten Lebensmonaten solcher Individuen oder bei akuter Miliartuberkulose der inneren Organe. 4. Die Hauterkrankung ist sehr häufig mit der gleichen Erkrankung der nachbarlichen Schleimhaut vergesellschaftet, primär oder konsekutiv, aber oft auch isoliert. 5. Beide Lokalisationsformen, die der Haut und der Schleimhaut, sind quoad Lokalprozefs prognostisch nicht absolut ungünstig, indem sie teils spontan ausheilen, teils durch entsprechende topische (selbstverständlich durch allgemein-medikamentöse und hygienische Mafsnahmen zweckmäfsig unterstützte) Behandlung zur Heilung gebracht werden können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Genital- und Hauttuberkulose, behandelt mit Tuberkulin R., von L. Seeligmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 30.) Eine 28 Jahre alte Frau zeigte neben dem Uterus kindesfaustgrofse, prall elastische, von den Ovarien nicht abgrenzbare Tumoren und hochgerötete Erosionen an beiden Muttermundlippen. Der aus dem Cervix entnommene Eiter enthält Tuberkelbacillen. An der Nase finden sich ausgedehnte lupöse Ulcerationen, ebenso am rechten Hand-

rücken. Es wird Pyosalpinx und Endometritis tuberculosa diagnostiziert. Injektionen von Tuberkulin R., mit $^1/_{500}$ mg beginnend, werden gut vertragen. Das Allgemeinbefinden bessert sich. Schmerzen im Leibe und Ausfluſs werden vermindert, die lupösen Affektionen gehen zurück. Beide Tumoren neben dem Uterus schwinden fast vollständig, die Erosionen werden verkleinert. Im Sekret sind keine Tuberkelbacillen mehr zu finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Differentialdiagnose „ex juvantibus" zwischen syphilitischen und tuberkulösen Geschwüren, von AUGAGNEUR. (*Lyon médical.* 1897. No. 31.) Bei schwankender Diagnose zwischen Lues und Tuberkulose ist man gewöhnlich geneigt bei erfolgreicher Wirkung der spezifischen Behandlung auf Syphilis zu schlieſsen. Dem entgegen erklärt aber AUGAGNEUR, daſs das Jodkalium (und auch das Quecksilber, Ref.) auch bei Tuberkulose, wenn auch nicht so häufig, günstigen Erfolg haben kann. Er führt den Fall eines 17jährigen Burschen an, der, mit zahlreichen circinären tuberkulösen Geschwüren im Gesicht und den unteren Extremitäten sowie einer Spina ventosa am Fuſse behaftet, sich unter Jodkaliumbehandlung bedeutend besserte. *C. Müller-Genf.*

Tuberkulöses Geschwür der inneren Wangenfläche, von CARRIÈRE. (Soc. méd. de Bordeaux.) Es handelt sich um einen 37jährigen Tuberkulösen in der ersten Periode der Erkrankung. Derselbe hatte zuerst an der inneren Fläche der linken Lippenkommissur eine kleine Kratzwunde konstatiert, die sich am folgenden Tage in eine längliche, etwas erhabene Narbe verwandelte. Bald danach enstand an der nämlichen Stelle eine Ulceration, die, parallel der Zahnreihe verlaufend, nach und nach eine Länge von 6 cm erreichte, erhabene, steil abfallende und weiſsliche Ränder zeigte, spontan nicht, bei leichter Berührung aber sehr schmerzhaft war; die umgebende Schleimhat sah normal aus. In den Wandungen des Geschwürs wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 30.) *C. Müller-Genf.*

Tuberkulöse Infektion des lymphoiden Gewebes im Pharynx etc., von J. WRIGHT. (*New York med. Journ.* 26. September 1896.) Von verschiedener Seite (DIEULAFOY, LERMOYEZ, DANSAC u. a.) ist über das Vorkommen von Tuberkelbacillen auf und in den Tonsillen und anderen lymphoiden Gebilden der oberen Luftwege berichtet worden. Verf. kritisiert die bisher veröffentlichten Beobachtungen und schildert seine eigenen Untersuchungen an 12 Fällen, welche aber sämtlich ein negatives Resultat ergaben. Er weist darauf hin, daſs gelegentlich Tuberkelbacillen auf ganz gesunder Schleimhaut in der Nase u. s. w. vorkommen können, und fügt zwei instruktive Abbildungen bei, welche das Eindringen der Mikroorganismen in das Gewebé des Kehlkopfs veranschaulichen. *Philippi-Remscheid.*

Über Tuberkulose der Lymphgefäſse der Extremitäten, von JORDAN. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd. XIX, Heft 1.) Über vier beobachtete Fälle von Lymphangitis tuberculosa berichtet der Verfasser. Es lag im ersten Fall eine solche des Armes vor, die durch Knötchen-, Strang- und Abscesbildung sich manifestierte, ausgegangen war von einem Lupus der Hand. Die Lymphdrüsen waren fast gar nicht beteiligt, nur ein wenig vergröſsert. Um dieselbe Sachlage handelte es sich beim zweiten Fall, nur war hier auch die Cubitaldrüse verkäst. — Im dritten Fall lag eine Kombination von Knötchen und lupösen Hautveränderungen am Vorderarme vor, die einem primären Lupus des Kleinfingerballens folgte. Die subcutanen Knötchen waren zum Teil ganz frisch, es waren kleinzellige, Tuberkelbacillen enthaltende Infiltrationen; zum Teil war schon Verkäsung eingetreten. Bemerkenswert war die an der Stelle der lupösen Geschwüre in die tieferen Hautschichten, speziell in die Saft-

spalten eindringende zellige Infiltration. — Im vierten Fall hatten sich zu einem Lupus pedis hinzugesellt: multiple Hautulcerationen, entsprechend den der Vena saphena magna folgenden Lymphgefäfsen, subcutane Abscefs- und Knötchenbildung und tuberkulöse Lymphadenitis. Aus den in der Litteratur niedergelegten 19 Beobachtungen und seiner eigenen kommt Verfasser zu folgenden Anschauungen: Die Lymphangitis tuberculosa ist vornehmlich an den oberen Extremitäten lokalisiert (18 unter 23). — Sie betrifft beide Geschlechter gleichmäfsig. Jugendliche Individuen (unter 30 Jahren) waren mehr betroffen. — Heredität ist nur in wenigen Fällen angegeben — Sonstige tuberkulöse Lokalisationen lagen nur zweimal vor. — Der die Lymphangitis veranlassende Herd war 18 mal ein primärer, d. h. es war die erste und einzige Manifestation der Tuberkulose. Er safs stets peripher. Sechs mal war die Lymphangitis eine sekundäre, da Knochenprozesse vorangegangen waren. — Bei der primären Lymphangitis tuberculosa mufs man eine Infektion durch Inokulation annehmen, die auch in 10 Fällen mit ziemlicher Sicherheit nachgewiesen werden konnte. — Der Beweis der lymphangitischen Natur eines Prozesses ist nur an den subcutanen, oberflächlichen Lymphbahnen zu führen. Es ergiebt sich daraus eine Einengung des Gebietes. Die Seltenheit der Lymphangitis ist ferner durch die Seltenheit peripherer, primärer Herde von Tuberkulose und die Notwendigkeit der Annahme einer gewissen Disposition der Lymphbahnen zu erklären.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Primäre Tuberkulose des Lides und der Caruncula lacrymalis. Ausbreitung auf die Lungen und Kehlkopf. Tod, von Armaignac. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 38.) Ein 31jähriger Patient zeigte eine tiefe Einkerbung des linken oberen Augenlides, der eine Ulceration der Schleimhaut entsprach, die teils rot, glatt, teils mit weifsgrauen Excrescenzen bedeckt war. Die Veränderungen schwanden unter Bepinselung mit konzentrierter Chlorkaliumlösung und interstitieller Sublimatinjektion mittelst Tättowierungsnadel. Einige Wochen später bildete sich am innern Augenwinkel ein auf die Karunkel übergreifendes Fleischwärzchen von Kirschengröfse, zweilappig, mit grauem Exsudat bedeckt. Dasselbe erwies sich als tuberkulöse Wucherung. Die nach der Exstirpation entstandene Wunde heilte gut. Über ein Jahr später trat eine Wucherung am Lid, wieder eine Geschwulstbildung auf; Ausschabung, Sublimatätzung, Heilung. Später geht Patient an Lungen- und Larynxtuberkulose zu Grunde, vier Jahre nach Beginn der Liderkrankung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von Moynihan. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1897.) Die 20jährige Patientin hatte sich vor drei Monaten in die rechte Hand und zwar an deren Dorsalfläche geschnitten. Die Wunde wollte nicht heilen. Etwa 2—3 Wochen nach der Verletzung bemerkte sie, dafs die Entzündung um die Wunde sich weiter ausdehnte. Zu Hause versah sie die Wäsche und hatte unter anderem auch die Handtücher eines an Phthisis leidenden Schwagers zu waschen. Die Wahrscheinlichkeit liegt vor, dafs hierbei die erwähnte Wunde mit Tuberkelbacillen infiziert worden ist. Die erkrankte Partie entsprach der Beschreibung, welche Paltauf und Riehl von der Affektion geben. Sie zeigte drei Zonen: 1. die äufsere erythematöse, schwach erhabene Zone. Die Röte verschwindet auf Druck. 2. Die mittlere Zone, bestehend aus einer lividen Infiltration mit hier und da zerstreuten Hautabscessen. Diese Zone ist stärker erhaben als die erstere. 3. Die innere Zone wird von Furchen und Rissen durchzogen. Sie besteht hauptsächlich aus kleinen warzigen Erhabenheiten, die gröfser im Centrum als in der Peripherie sind. Die innere Zone ragt über die beiden anderen hervor. Von den Hautabscessen kann Eiter ausgedrückt werden. — Das ganze Gewächs verursacht ziemlich intensive

Schmerzen. Der Verfasser entfernte die erkrankte Partie in weitem Umkreise und als er die Patientin 7 Wochen später sah, war die Wunde längst abgeheilt und keine Spur irgend eines Recidivs vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung, von Dr. Haig vorgenommen, ergab eine verdickte verruköse Epidermis mit darunter befindlicher Rundzelleninfiltration. Diese ist in Herden angeordnet, welche denen einer tuberkulösen Entzündung ähnlich sehen. In einigen der Foci fanden sich Riesenzellen vom tuberkulösen Typus. Tuberkelbacillen jedoch konnten trotz eifrigen Suchens nicht gefunden werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über die aktinomycesähnliche Form des Tuberkelbacillus, von Babes und Levaditi (1897). Verschiedene Autoren haben, aufser Babes, auf die eigentümliche, derjenigen des Aktinomyces oft täuschend ähnliche Form hingewiesen, welche der Tuberkelbacillus öfters in Sputa etc. annimmt (Nocard und Roux, Fischel, Metschnikoff und Maffucci, Coppen, Jones etc.). mycelartige Verzweigungen mit kolbenartigen Verdickungen an den Spitzen. Die Verfasser erklären denn auch, dafs der Tuberkelbacillus definitiv in dieselbe Gruppe wie der Aktinomyces eingereiht werden mufs. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Lupus mit ungewöhnlichem bakteriologischen Befunde, von Minich. (K. ung. Ärztegesellschaft. 7. März 1896.) Von der Abteilung Schwimmer kam zur Sektion ein 17jähriges abgemagertes Individuum mit der klinischen Diagnose und Phthisis. Die von den Geschwüren der Haut entnommenen Schnitte zeigten eine solche Masse von Tuberkelbacillen, wie selbe nur äufserst selten zu finden sind. Bei Lupus sind die Bacillen gewöhnlich nur spärlich zu finden, in jedem 20.—60. Schnitte vereinzelt und eben wegen dieses spärlichen Befundes zweifelten und zweifeln noch heute viele an der Identität des Lupus mit der Tuberkulose. Dieser Fall demonstriert nun klar den ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Erkrankungen. *A. Aschner-Budapest.*

c. *Syphilis.*

Wahrnehmung der Härte des Schankers mit einem Finger; Touchieren mit einem Finger, von Aubert. (*Annales d. mal. d. organes gén.-urin.* 1897. No. 8.) Ausführlich wird dargelegt, dafs an manchen Stellen, besonders beim Weibe, die Abtastung der spezifischen Härte nicht gut möglich sei, z. B. in der Fossa navicularis, im Vestibulum, an den Hymenalkarunkeln, am Eingange der Scheide, hauptsächlich also im Infundibulum vulvo-vaginale etc. Hier solle man dann sich einüben, nur mit einem Finger zu touchieren, auch dieser sei hierfür genügend. Zugleich wird der Modus dieser einfingerigen Untersuchung geschildert. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch, von S. Werner. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Band I, Heft 3.) Eine Frau zeigte neben zahlreichen Sekundärerscheinungen von Syphilis folgende Veränderung unter dem Frenulum der Oberlippe: Das Zahnfleisch bis zum ersten linken Molaren ist exquisit schinkenfarben hart und verdickt; dazwischen mehrere flache, grau belegte Ulcerationen von Erbengröfse, stellweise konfluierend, die bis zum Alveolarfortsatze des linken äufseren Schneidezahnes reichen. Die Schwellung und Verdickung erstreckt sich nach rechts über das Frenulum heraus bis an die Grenze des rechten äufseren Incisivus. Gegenüber den Zahnfleischveränderungen, genau in der Mitte der Oberlippe, befindet sich eine stark vorspringende, kirschkerngrofse typische Initialsklerose mit schinkenfarbener Peripherie und dicker schwarzer Borke. Die Induration greift über das Lippenrot hinaus auf die Haut der Oberlippe über. Submentaldrüsen normal, Nuchal- und

Inguinaldrüsen beträchtlich geschwollen. — Verfasser hält das Zahnfleischgeschwür für das primäre, nicht dasjenige der Oberlippe. — Der Infektionsmodus blieb unklar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Symptomatische Anomalien des syphilitischen Schankers und der Syphilide, von Barthélemy-Paris. (XII. internat. Kongrefs, Moskau 1897.) Bisher sind alle diese Anomalien der Form, der Ausdehnung, der Dicke, der Farbe, das glatte oder granulierende Aussehen, die Ulceration, das ein- oder mehrfache Vorkommen, die genitale oder extragenitale Lokalisation angegeben worden. Ein einziges Zeichen wurde als konstant angesehen: die Adenitis, welche nach der Ausdrucksweise Ricords dem Schanker folgt, wie der Schatten dem Körper. Nun aber kann selbst dieses angeblich unfehlbare Symptom ausbleiben, so in einem vom Verfasser bei seinem Auftreten, während seiner weiteren Entwickelung und in seinen Folgezuständen beobachteten Falle. Mit Barthélemy konnte Fournier hier das vollständige Fehlen jeder Drüsenschwellung in dem Lokalisationsgebiete des Schankers konstatieren, der am freien Rande der rechten grofsen Schamlippe safs. Statt dieser primären Adenopathien erschienen aber sekundäre Lymphdrüsenschwellungen lange Zeit nach der Abheilung des Schankers, d. h. gegen Ende der Roseolaperiode. Solche Fälle sind allerdings selten, man mufs aber die Möglichkeit ihres Vorkommens nicht aus dem Auge lassen. — Ebenso kommen bemerkenswerte Anomalien bei den tertiären ulcerösen Syphiliden vor, wie dies aus folgendem Beispiele erhellt: Bei einem Manne, der 27 Jahre lang an Syphilis leidet, besteht seit 8 Jahren ein ulceröses Syphilid von der Gröfse eines silbernen Fünffrankenstückes, circinärer Form, mit adhärierenden Rändern und granulierendem Grunde. Nach 3 bis 4 Wochen tritt zwar Heilung ein, trotz Anwendung aller möglichen Behandlungsmethoden bricht es nach 14 bis 20 Tagen wieder auf und das Geschwür ist in seiner ganzen Ausdehnung und Tiefe wieder da, wie wenn gar nichts geschehen wäre; man mufs mit der Behandlung von vorne anfangen, wie wenn es sich um einen malignen Tumor handelte. In solchen Fällen ist es am sichersten, chirurgisch vorzugehen, und zwar zuerst mit Auskratzen und, falls das nicht ausreichen sollte, durch Excision, wie z. B. bei einer epitheliomatösen Ulceration. Trotzdem handelt es sich hier offenbar um ein reines, unvermischtes syphilitisches Geschwür.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis des pustulösen Syphilides (Syphilis maligna), von Magnus Möller. (*Nordiskt Medicinsk Archiv.* Festband No. 14.) Die Definition der Bezeichnung „Syphilis maligna" wird sehr verschieden gegeben. Verfasser möchte darunter Fälle zusammenfassen, welche sich durch abnorm hochgradige Intensität und akute, deskriptive Tendenz auszeichnen. Mehr oder weniger universelle Ausbreitung, Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, pustulöse, schnell zerfallende Exantheme, Neigung zur Eiterung auch bei Affektion anderer Organe (Iritis, Otitis, Perichondritis, Adenitis etc.) charakterisieren die maligne Syphilisform. — Verfasser teilt dann einen solchen Fall mit, bei welchem er festzustellen suchte, ob die Eiterung bei Syphiliden auf einer wahren Mischinfektion beruht, wie Tarnowsky und andere behaupten. Es handelte sich um einen kräftigen Patienten mit varioliformem, universellem Syphilid, welches sich ein Jahr nach der ersten Eruption einstellte und mit starker Störung des Allgemeinbefindens einherging. Zu demselben gesellte sich dann noch eine Iridochoroiditis suppurativa. Gleichzeitig bestand ein wenig zur Heilung tendierendes Ulcus molle. — Die Untersuchung der Pusteln auf Eitererreger ergab bei allen jungen, 1—1½ Tag alten Pusteln ein negatives, nur bei einer älteren Pustel ein positives Resultat. Verfasser nimmt als sicher an, dafs das pustulöse Syphilid ein Produkt des syphilitischen Virus selbst ist; die Ansiedelung der Eiterkokken erfolgt

erst sekundär. — Eine histologische Untersuchung der varioliformen Pustel ergab, daſs keine Ähnlichkeit mit der Variolapustel vorliegt. Es findet sich eine groſse einkämmerige Blase, welche durch Konfluenz mehrerer kleiner, über den Papillenspitzen gelegener primärer Bläschen entsteht. Die eingehende Schilderung deckt sich mit der von Unna gegebenen ziemlich ganz. — Zum Schluſs erwähnt Verfasser noch, daſs es sich bei pustulösen Syphiliden durchaus nicht immer um schwächliche Individuen handelt, und daſs die Quecksilberbehandlung nicht immer, wie man annimmt, von ungünstiger Wirkung ist. In diesem Falle trat nach Merkuranwendung bald Heilung ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Pathologie der Syphilide, von S. Ehrmann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 25.) Die Initialsklerose unterscheidet sich von den sekundären Formen zunächst dadurch, daſs nicht ein einzelner Gefäſsbaum, sondern mehrere Gefäſsbäume beteiligt sind. Charakteristisch für dieselbe ist aber die Hauptbeteiligung der Bindegewebssaftbahnen und Lymphgefäſse. Trotz der scharfen Begrenzung der Sklerose erstrecken sich doch einzelne Zellstränge (Infiltratbalken) in der Richtung der subcutanen Bindegewebsfasern; daher die Unwirksamkeit der Excision. Verfasser hat excidierte Sklerosen am Präputialrand durch Cirkumcision entfernt und injiziert mit Berlinerblau-Leimmasse. Nach Abkühlung in Eis während 10 Minuten wurde Ferrum oxydatum dialysatum in verschiedene Stellen des Papillarkörpers eingespritzt, wodurch die Lymphwege gefüllt werden. Auf diese Weise kann man nachher feststellen, daſs den Grundstock eines Infiltratstranges meist ein Lymphgefäſs bildet. Der Infitratmantel enthält ein feines Netz kapillärer Gefäſse. Das Virus ist in den Lymphbahnen vorhanden und regt die umgebenden Gefäſse chemotaktisch zur Exsudation und Proliferation an. Wo der Lymphstrang fehlt, muſs man annehmen, daſs das Virus in den Bindegewebsspalten vorhanden ist. Daſs das Virus in den Gewebsinterstitien liegen bleiben kann, lehren die Fälle von Reinduration. — Die sekundären Syphilide knüpfen an Veränderungen des Gefäſssystems an, die makulösen Formen zeigen Erweiterung der papillären und subpapillären Blutgefäſse mit geringer Zellvermehrung, die papulösen eine ansehnliche Zellinfiltration längs der Blutgefäſse, zum Teil aus Leukocyten, zum gröſseren Teil aus Unnaschen Plasmazellen bestehend. — Die Form des Syphilides ist abhängig von der Gröſse des ergriffenen Blutgefäſses und von dem Verhalten der Epidermis. Die Veränderungen der Epidermis sind Vergröſserung der Zellen, Einwanderung von polynukleären Leukocyten, Mitosenbildung. An den vergröſserten Zellen des Rete erkennt man die „Hemichromasie“; es färbte sich mit Weigertscher Fibrinmethode nur die Hälfte, und zwar beim breiten Kondylom die untere, bei der krustösen Papel die obere Hälfte, was mit dem Wassergehalte zusammenhängt. — Bei Rupia und Lichen syphiliticus tritt noch die Nekrobiose des Papillarkörpers unter der von Leukocyten durchsetzten Epidermis hinzu. Es handelt sich um molekularen Zerfall. Eine Mischinfektion spricht hier nicht mit, sondern eine chronische Intoxikation durch Alkohol, Toxine der Scrophulose etc. Der Zerfall ist ein oberflächlicher. — Die Bildung von jungem Bindegewebe und Narbengewebe finden wir beim gruppierten papulösen Syphilid und bei der organisierten Papel (Lang). — Die Farbe der Syphilide beruht auf einer Durchtränkung der Plasmazellen mit Blutfarbstoff. Die Plasmazellen an sich können nicht, wie Unna meint, als durchsichtige Gebilde farbige Strahlen reflektieren. Der Farbstoff der späteren Periode entsteht durch Einwirkung des syphilitischen Virus auf die Melanoblasten, also durch Pigmentbildung. Wo Melanoblasten fehlen, bei hellblonden, mit sehr weiſser Haut versehenen Individuen, bleibt auch die Verfärbung aus. Beim Leukoderma findet ein centraler Schwund und eine periphere Hypertrophie der Melanoblasten statt. Der Schwund beginnt an der Corion-Epidermisgrenze.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neue Ansichten über die Syphilis, von H. Stanasso. (*France méd.* August 1897.) Verfasser stellt die Syphilis bezüglich ihrer Pathogenese in Analogie mit anderen Infektionskrankheiten (Cholera, Tetanus, Diphtheritis, Typhus). Gehe man von den Erscheinungen der Syphilis, der acquirierten sowohl als der angeborenen, aus auf ihre Ursachen zurück, so müsse man ihre pathognomischen Läsionen als die spezifischen und stufenweisen Lokalisationen der von dem noch unbekannten Bacillus produzierten Toxine auffassen. Jedes Toxin übt einen spezifischen Einfluſs auf ein von ihm bevorzugtes Gewebe aus, daſs sich aber den pathogenen Einflüssen anpassen kann, sofern diese nur allmählich und stufenweise einwirken. So wird die Milz, welche schon rasch nach der Verteilung des spezifisches Giftes im Organismus erkrankt, bei allfälligen späteren Recidiven äuſserst selten befallen und aus demselben Grunde entziehen sich wahrscheinlich die groſsen Lymphwege der gummösen Infiltration. Wie jede andere syphilitische Eruption besteht die Initialsklerose aus einem entzündlichen Prozesse der Gefäſsmembranen mit Proliferation des Endothels und kann man sie nicht als direkt aus der lokalen Entwickelung der eingedrungenen Keime betrachten. Sie kann übrigens vollständig fehlen, wie die Darmläsionen beim Typhus, nach langsamer experimenteller Angewöhnung des Darmkanals an die toxische Wirkung des spezifischen Bacillus. Zur Acquirierung der Syphilis braucht es keine Inokulation durch Kontinuitätsstörung; die Syphilome der Mandeln lieſsen sich sonst nicht wohl erklären. Bekanntlich dienen aber die Lymphdrüsen als Verteidigungsmechanismus gegen die Mikroorganismen und ihre Toxine, so daſs in der ersten Zeit die Infektion auf die Genitalien beschränkt bleibt, wo auch die Erscheinungen entweder einzeln oder, vielleicht infolge einer vermehrten Bildung von Toxinen, in der Mehrzahl auftreten. Später nun wird eine gewisse Quantität der Toxine die Lymphdrüsenbarriere überwinden und sich im Organismus verbreiten; die Hauterscheinungen werden sodann die Angewöhnung der Gewebe an das neue Gift beweisen. Wie läſst sich nun die Infektion ohne direkten Kontakt erklären? Nasse und Tomsa haben das Ausschwitzen von Lymphe aus kongestionierten Schleimhäuten nachgewiesen und Stöhr die physiologische Wanderung von Leukocyten durch die Schleimhäute; durch Metschnikoff wissen wir ferner, daſs diese Leukocyten mit infektiösen Keimen beladen sein können. Ähnliche Zustände mögen wohl an den kongestionierten Genitalien beim infektiösen Coitus vorhanden sein. Die lange Inkubationszeit der Syphilis ist vielleicht gerade die Folge dieses Kampfes zwischen den eingewanderten Mikroorganismen und den Lymphkörperchen. Der infizierte Organismus reagiert nun verschieden je nach der Intensität des Giftes und der Widerstandskraft des Individuums. Man kann sagen, daſs sich die Erscheinungen in ihrer Ausdehnung immer mehr einschränken, bis nur noch die Spätformen zurückbleiben, die nur noch auf einzelne, meist tief gelegene Punkte beschränkt sind, indem die oberflächlichen Gewebe durch die früheren Erscheinungen immunisiert sind. *C. Müller-Genf.*

Über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis, von Campana. (*Policlinico.* 15. Juli 1897.) Dieselbe läſst sich nach der Ansicht des Verfassers nicht leicht bestimmen, jedenfalls ist sie beträchtlicher, als gemeinhin angenommen wird, indem nicht ausgeschlossen ist, daſs gummöse Produkte, in ihrem Anfangsstadium wenigstens, noch ansteckend sind. Die Dauer der infektiösen Periode steht im Verhältnis zur Dauer der vaskulären Reizerscheinungen; über die Dauer der letzteren können die Versuche von Tarnowsky wertvollen Aufschluſs geben (Kauterisationen). Es besteht unter allen Umständen Ansteckungsgefahr, so lange exsudative papulöse Erscheinungen vorhanden sind. *C. Müller-Genf.*

Wann dürfen Syphilitische heiraten, von E. Finger. (*Heilkunde.* 1897.) Zwei Momente sind bei der Beantwortung der Frage, wann Syphilitische heiraten dürfen, von Wichtigkeit: 1. Wie lange ist die Syphilis kontagiös? 2. Wie lange ist die Syphilis hereditär übertragbar? — Verfasser erörtert diese Fragen unter eingehender Berücksichtigung aller auf dieselben bezüglichen Aufserungen in der Litteratur. Er stellt folgende Minimalbedingungen auf: 1. Eine milde, normal verlaufende Syphilis. Schwere Formen, viscerale Affektionen schliefsen die Ehe aus. 2. Ein Intervall von mindestens fünf vollen Jahren zwischen Infektion und Ehe. 3. Ein von Syphilissymptomen unbedingt freies Intervall von drei Jahren zwischen den letzten Syphiliserscheinungen und der Verehelichung. Diese Bedingung ist besonders wichtig; jedes noch so geringe Symptom ist von Bedeutung, da es die noch vorhandene Durchseuchung des Organismus anzeigt. Mundschleimhaut und Genitalorgane sind besonders zu beachten. 4. Eine entsprechende systematische Behandlung der Syphilis. Die Kuren müssen in nicht zu kurzen Intervallen so lange dauern, bis ein volles Jahr seit dem letzten Syphilissymptom vergangen ist. Die Didaysche Statistik lehrt, dafs das längste Intervall zwischen zwei Recidiven 300 Tage beträgt, deshalb ist nach einjähriger Pause kein Recidiv mehr zu befürchten. (Scheint mir nicht so sicher zu sein. D. Ref.) 5. Eine energische Quecksilberbehandlung ziemlich unmittelbar vor der Ehe. 6. Aufklärung des Patienten darüber, dafs absolut gefahrlos die Ehe nicht ist, dafs jede Erosion an Mund und Genitalorganen zu beachten ist, dafs die Geburt eines hereditär-syphilitischen Kindes nicht ausgeschlossen ist. Eventuell Instruierung des Hausarztes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis der Pfortader, von Seitz-Zürich. (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1897. No. 11.) Verfasser giebt den ausführlichen Sektionsbefund eines Falles von Pfortadersyphilis mit hochgradiger Atrophie der Leber, welcher durch Thrombose der zuführenden Venenstämme zum Exitus letalis geführt hatte. *C. Müller-Genf.*

Syphilis insontium, von E. Lesser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 28.) Zur Syphilis insontium werden die auf nicht venerischem Wege übertragenen Syphilisfälle gezählt. Die Übertragung kann erfolgen durch Vererbung, durch legitimen Geschlechtsverkehr oder durch direkte oder indirekte Berührung des Krankheitsstoffes unter Ausschlufs des Geschlechtsverkehres und der mit demselben in irgend welchen Beziehungen stehenden Berührungen. — Für die Häufigkeit der beiden ersten Übertragungsarten führt Vortragender die Fourniersche Statistik an. Auf die letztgenannte Gruppe von Fällen geht Verfasser ausführlich ein. Natürlich mufs man bei den stets extragenital sitzenden Primäraffekten jede venerische Infektionsquelle ausschliefsen, wenn man sie zu den „unverdienten" zählen will. Bulkley teilte die Fälle von Syphilis insontium in drrei Hauptgruppen: Syphilis economica, brephotrophica und technica, und machte dann noch zahlreiche Unterabteilungen. Verfasser will nur zwei Gruppen unterschieden haben: Übertragung durch direkten Kontakt im persönlichen Verkehr und mittelbare Übertragungen. Abgesondert betrachtet er die Fälle von Übertragung bei ärztlicher Thätigkeit. — Der direkte Kontakt findet besonders im familiären und freundschaftlichen Verkehr statt, besonders zwischen Kindern und zwischen Erwachsenen und Kindern: die beste Gelegenheit ist das Küssen. Verfasser hebt besonders die Gefahr des sehr üblichen Handküssens hervor. Weitere Gelegenheiten zu Übertragungen sind gegeben besonders durch das Säugen. — Sehr mannigfach sind die mittelbaren Übertragungen der Syphilis durch Ess- und Trinkgeräte, Zahnbürsten, Cigarren, Pfeifen, Blasinstrumente, Wäsche etc. — Die Übertragung der Syphilis durch ärztliche Hülfeleistungen ist nicht selten, es kann

sowohl die behandelte, wie die behandelnde Person, Ärzte, Hebeammen etc. die infizierte sein. — In manchen Fällen ist die Gelegenheit, bei welcher die Infektion stattfand, absolut nicht zu eruieren. — Die Schwierigkeit der Diagnose kann eine grofse sein, die Mehrzahl extragenitaler Primäraffekte wird erst beim Eintritt sekundärer Erscheinungen erkannt. Infolge der späten Diagnose hauptsächlich ist die Weiterverbreitung der Syphilis insontium ein häufiges Ereignis, dadurch die bekannten Familienepidemien, die Endemien in russischen Dörfern. — Für die Verhütung der Syphilis insontium ist die allgemeine Prophylaxe der Syphilis in erster Reihe von Wichtigkeit und die sorgsame Behütung der Umgebung eines infektiösen Syphilitikers.

In der Diskussion, welche sich in der Berliner medizinischen Gesellschaft an den Vortrag des Verfassers knüpfte, führte zunächst Blaschko aus, dafs in seiner Poliklinik nur 3,5 % extragenitaler Primäraffekte gefunden sind, von denen ein Teil wohl auch noch durch Geschlechtsverkehr entstanden ist. Es sind die Verhältnisse bei uns viel günstiger als in anderen Ländern, besonders in Rufsland, weil bei uns die Lebenshaltung eine bessere, die Intelligenz eine höhere ist, die Vorsicht und Sauberkeit gröfser sind. Nicht selten ist die Übertragung in Rasierstuben, deren Hygiene noch sehr im Argen liege. Was die Berufsthätigkeit infizierter Hebeammen betrifft, so ist daran festzuhalten, dafs dieselben vollkommen ihrer Thätigkeit entsagen, solange irgend welche Syphiliserscheinung an einer Körperstelle, nicht nur an den Händen vorhanden ist. — Heller weist auf die Bedeutung des Stuprum als Infektionsquelle für Kinder hin. — Eine für die Verbreitung der Syphilis nicht unwichtige Unsitte ist das bei Studenten übliche gemeinsame Trinken aus dem Trinkhorn. — H. Neumann hebt hervor, dafs die Infektion einer Reihe von Frauen durch luetische Säuglinge fast nur in Findelhäusern vorkomme. — Die Heranziehung von Ammen für luetische Säuglinge ist absolut unerlaubt. Das Pflegepersonal und Geschwister sind besonders zu behüten. — O. Rosenthal meint im Gegensatz zu Blaschko, dafs die extragenitale Infektion bei uns wohl auch in der Zunahme begriffen ist. — Als Übertragungsvermittler finden auch zahnärztliche Instrumente nicht die genügende Beachtung; der Redner hat zwei solche Fälle beobachtet. — Die Bezeichnung „Syphilis insontium" hat einen moralisch-richterlichen Beigeschmack. Bulkley stellt sogar als Gegensatz „Syphilis pravorum" auf, ein für den Arzt eigentümlicher Standpunkt. Am einfachsten ist von einer extragenitalen und genitalen Infektion zu sprechen. — Lesser stimmt in letzterem Punkte nicht zu. Auf der einen Seite steht der illegitime Geschlechtsverkehr mit allen dazu gehörigen Berührungen, u. a. auch Küssen, auf der anderen stehen alle anderen Übertragungsmöglichkeiten. Diese beiden Gruppen mufs man scheiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Färbung von Organismen in syphilitischen Geweben und die Übertragbarkeit der Syphilis auf Meerschweinchen, von Doehle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 41.) Im Jahre 1892 berichtete Verfasser über den Befund lebhaft beweglicher, zum Teil mit kleiner stäbchenförmiger Geifsel versehener protoplasmatischer Gebilde im luetischen Sekret und Gewebssaft. Im luetischen Gewebe diese Gebilde nachzuweisen, gelingt durch Färbung mit einer Mischung von Hämatoxylin und Karbolfuchsin, Differenzierung durch Jod oder Chrompräparate und Alkohol. Man findet dann im Schanker und Gumma aufser den Kernen intensiv rot gefärbte Körper von verschiedener Gröfse, an denen hier und da Fortsätze zu sehen sind. Die kleineren sind rund, die gröfseren rund oder eckig. Die Färbung ist nicht lange haltbar. Ob diese Differentialfärbung sich immer diagnostisch bewähren wird, läfst Verfasser noch dahingestellt. In nicht-luetischem Gewebe war der Befund bis auf ein zweifelhaftes Sarkom stets negativ. Verfasser hat nun die Versuche der

Tierimpfung wieder aufgenommen und benutzte dazu Material von kongenitaler Lues. Er nahm ½ ccm grofse Gummen von Lunge, Leber, Milz und brachte sie unter die Bauchhaut vom Meerschweinchen; Naht. Der Verlauf ist folgender: Die Wunde heilt meistens per primam, es entsteht um das implantierte Stück eine entzündliche, schmerzhafte Infiltration, die nach ca. vier Wochen schwindet. Die Resorption des Stückes geht sehr langsam vor sich, man fühlt einen Rest noch nach 3—4 Monaten. Die geimpften Tiere sind in den ersten Monaten gesund, nur bleiben die jugendlichen sehr im Wachstum zurück. Im vierten bis fünften Monat beginnen die Tiere abzumagern, bekommen ein schuppiges Aussehen, werden schwächer, beginnen die Hinterbeine zu schleppen und gehen 8—9 Monate nach der Impfung zu Grunde. Die Sektion ergiebt nur: geringe Milzvergröfserung mit stark rostfarbiger Pigmentierung; etwas geschwollene Lymphdrüsen; bei einzelnen Tieren eine Vermehrung des interstitiellen Gewebes der Lunge. Im Blute der kranken und eben gestorbenen Tiere finden sich bewegliche kugelige oder ovale Körper, teils einzeln, teils zu zweien, einzelne mit Geifseln, ganz den oben geschilderten Gebilden gleichend. Aufserdem sieht man zahlreiche rote Blutkörperchen als pigmentlose Scheiben und ungewöhnlich kleine Blutscheiben. — Verfasser sieht in diesem Experiment den Beweis, dafs die bei Lues gefundenen Organismen sich im Blute des Meerschweinchens entwickeln können und Blutveränderungen erzeugen, die den bei menschlicher Syphilis gefundenen ähnlich sind. Der typische Krankheitsverlauf nach Implantation des syphilitischen Materials zwingt den Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Syphilis auf Tiere übertragbar ist. — Von Rückimpfung auf den Menschen hat Verfasser natürlich abgesehen. — Hervorgehoben wird noch die geringe Widerstandsfähigkeit der geimpften Tiere, da sich bei ihnen nach einem Einschnitt ins Ohr leicht Eiterung und Sepsis entwickeln, und da dieselben leicht an Tuberkulose zu Grunde gehen. Durch gutes Futter und gute Wartung mufs man die Impftiere vor der Tuberkulose schützen. (Die glücklichen syphilisfreien Tiere lassen den Menschen keine Ruhe; sie sollen durchaus infektionsfähig sein. Nun ist ja gegen Experimente in dieser Richtung nichts zu sagen, aber leider geht den Experimentatoren dabei immer die Skepsis verloren und sie sehen oft, was sie sehen wollen, ohne die gesicherte Basis dafür zu haben. So ging es Nissen-Wiesbaden und so geht es auch dem Verfasser der vorliegenden Mitteilung, welche die ernste, sachgemäfse Kritik doch gar zu sehr herausfordert. Wie man aus dem „typischen" (?) Krankheitsverlauf und gewissen, ziemlich wenig charakteristischen Blutveränderungen, welche sich bei einem mit dem Lebergumma einer macerierten, luetischen Frucht geimpften Meerschweinchen entwickeln, den Schlufs für zwingend halten kann, dafs die Syphilis auf das Tier übertragbar ist, entzieht sich doch dem Verständnis. Dieses um so mehr, als Parallelimpfungen mit einem Leberstück einer ebenso alten toten, nicht luetischen Frucht gar nicht gemacht, wenigstens in der Mitteilung mit keiner Silbe erwähnt sind. — Ich mufs offen sagen, dafs ich in der ganzen Mitteilung nicht den Schatten eines Beweises für die gelungene Syphilisinfektion eines Meerschweinchens finde. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Beobachtungen über Veränderungen des Blutes bei der Serotherapie der Syphilis, von A. Wiewiorovsky. (*Russ. Archiv f. Pathologie, klin. Med. u. Bakt.* Bd. II, No. 3, Hft. 5/6.) Verfasser suchte den Einfluss des Serums von Syphilitikern in späteren Perioden der Krankheit auf den Verlauf der Lues festzustellen und richtete seine Aufmerksamkeit auf die Veränderungen des Blutes. Vier Beobachtungen wurden mit dem Serum von älteren kondylomatösen Stadien angestellt, zwei andere mit dem Serum von tertiären Stadien und zwar an demselben Kranken einmal zu Ende der zweiten Inkubationsperiode, bei Beginn der Allgemein-

erscheinungen, das zweite Mal 2½ Monate nach dem Verschwinden der ersten Erscheinungen, bei Beginn des ersten Recidivs. In der Art der Wirkung unterscheiden sich beide Serumarten nur quantitativ, indem das Blut viel stärker auf die Injektion vom Serum der Tertiärperiode reagierte. Gewöhnlich nahm W. zur Injektion 20 bis 50 ccm. Bald nach den ersten Injektionen konnte Verfasser eine Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobinmenge nachweisen, gewöhnlich auch eine Verminderung der weifsen Blutkörperchen; bei den weiteren Injektionen hielt sich die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobinmenge auf gleichem Niveau, obgleich die Erscheinungen der Syphilis noch vorhanden waren, und zeigten eine weitere Steigerung, nachdem die syphilitischen Symptome schon verschwunden waren. Die Zahl der weifsen Blutkörperchen behielt ihre Tendenz zur Verminderung. In einem Fall, in dem die Seruminjektion ganz resultatlos verlief, beobachtete Verfasser eine Verminderung der roten Blutkörperchen. Im allgemeinen fand W., dafs die Alterationen des Blutes nach Seruminjektion analog denjenigen sind, die bei rationeller Quecksilberbehandlung beobachtet werden; ferner konstatierte er, dafs die Seruminjektion auch auf die luetischen Erscheinungen einwirkt, letztere verschwanden rasch bei dieser Behandlungsmethode. *Grünberg-St. Petersburg.*

Verschiedenes.

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe.

Der für 1897 ausgeschriebene Preis von 300 Mark konnte nicht erteilt werden. Es wird deshalb die gleiche Aufgabe auch für 1898 gestellt und der Preis auf 600 Mark erhöht. Das Thema lautet demnach wiederum:

Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1898 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher im Innern Namen und Adresse des Verfassers birgt, anzubringen.

Die Herren Proff. Hoyer (Warschau), Krause (Berlin) und Stöhr (Würzburg) haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

Nähere Mitteilungen über das Thema:

Unna hat nachgewiesen, dafs in der menschlichen Haut bei verschiedenen Affektionen pathologisch veränderte elastische Fasern vorkommen, welche hauptsächlich

durch ihre stark saure Reaktion charakterisiert sind, sodafs sie aus alkalischen Lösungen basischer Farben diese direkt aufnehmen und gegen Säuren festhalten. (Siehe hierfür Unna: Elastin und Elacin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. pag. 397. — Elacin in: *Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik.* 1897. Grosser. Vergl. sodann auch in *Histopathologie der Hautkrankheiten* [1894. Hirschwald] die Kapitel über senile Haut, Narben, kolloide Degeneration, Myxödem und Striae.)

Unna hat ferner gezeigt, dafs diese Fasern, deren Substanz von ihm Elacin genannt ist, sich auch, wenn auch nur schwach, durch die Taenzer-Unnasche Orceïnmethode färben lassen, durch welchen Umstand ihre Abkunft von und ihr Zusammenhang mit normalem elastischen Gewebe leicht erweislich ist.

Es soll jetzt untersucht werden, ob und inwieweit auch die übrigen, für Elastin als elektiv angegebenen Färbemethoden Elacin hervorzuheben vermögen. Insbesondere sind diejenigen Methoden sorgfältig auf diesen Punkt zu untersuchen, welche basische Farben zur Tinktion verwenden, wie die Methoden von Unna, Lustgarten, Herxheimer, Manchot, Martinotti, Ferria, Mibelli, Köppen, Beneke. Sodann wäre das Augenmerk auf den Punkt zu richten, ob aufser den von Unna angegebenen Methoden zur Darstellung des Elacins neue und vorteilhaftere existieren, welche neue Seiten des Elacins kennen lehren und es dadurch noch sicherer als bisher erkennen lassen.

Zur Lösung der gestellten Aufgabe ist das erste und wichtigste Erfordernis, ein Material zu besitzen, an welchem jeder Schnitt eine gröfsere Anzahl von sicheren Elacinfasern aufweist. Ein solches besitzen wir in der Gesichtshaut älterer Leute, die in der unteren Hälfte der Cutis wohl nie Elacinfasern vermissen läfst. Sehr stark senil degenerierte Gesichtshäute sind zu vermeiden, weil in denselben auch bedeutende Veränderungen des Kollagens vorkommen, welche das reine Bild des Elacins zu trüben geeignet sind. In den Schnitten von solcher Haut ist dann zunächst mittelst der von Unna als bisher beste bezeichneten Methode die Lage und der Reichtum an Elacin genau festzustellen, nämlich durch:

1. Vortärbung des Elastins und Elacins nach Taenzer-Unna.
2. Umfärbung des Elacins mittelst der polychromen Methylenblaulösung (Grübler).
3. Isolierung und Fixierung des Methylenblaus auf dem Elacin (und Kernchromatin) durch die Tannin-Orangelösung (Grübler), während das Elastin die Orceïnfarbe festhält und das Methylenblau abgiebt.

Nach dieser Vorprüfung sind die betreffenden Schnitte als Testobjekte für Elacin zu betrachten und als solche zu den Färbeversuchsreihen der Preisaufgabe zu benutzen. Schnitte anderer Herkunft, welche Elacin aufweisen, wie z. B. solche von Narben, Striae gravidarum, kolloider Degeneration, Myxödem sind als komplizierter und daher weniger einwandsfrei von den Färbeversuchsreihen besser auszuschliefsen. Doch soll hiermit keineswegs die Mitteilung neuer Beobachtungen über Elacin an bekannten und noch unbekannten Fundorten und die Verwertung dieser Beobachtungen für die Deutung des Elacins ausgeschlossen sein.

Hamburg, Dezember 1897.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

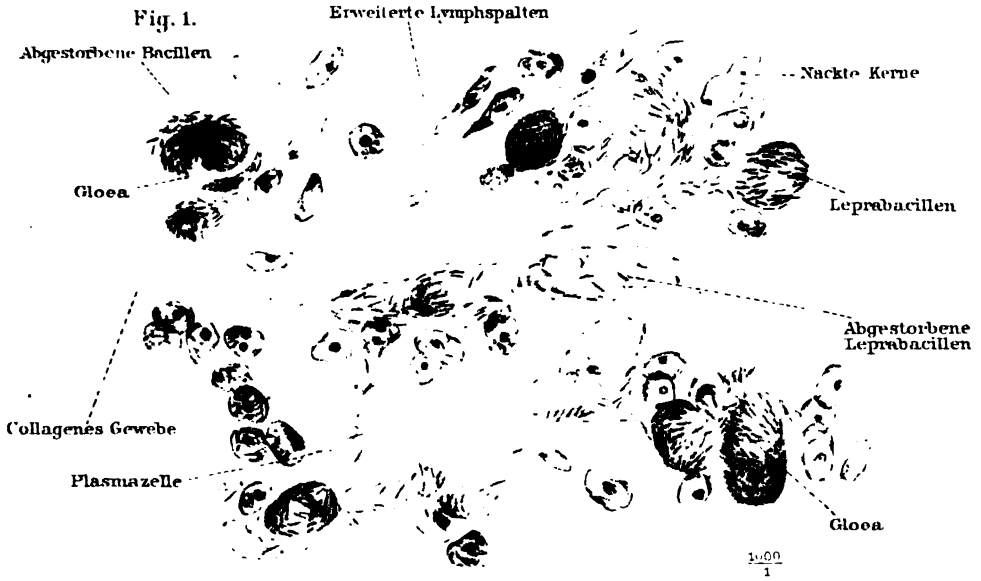


Fig. 2.

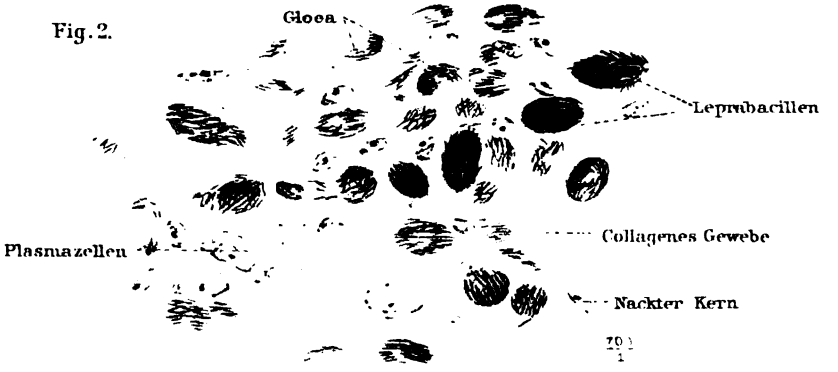


Fig. 3.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 2. 15. Januar 1898.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme?

Von

Dr. Gustav Kulisch, Halle a. S.

III. Die Krotondermatitis.

Das Krotonöl, Oleum Crotonis, ist ein aus dem Samen von Croton Tiglium (Euphorbiaceae) gewonnenes, früher überall officinelles Öl. Es ist nach R. Kobert[1], der eine genaue Zusammenstellung der gesamten einschlägigen Litteratur giebt, der Hauptrepräsentant einer grofsen Gruppe von Mitteln, die bei innerlicher Darreichung unter heftiger Darmentzündung zum Tode führen, äufserlich oder subcutan angewandt aber sehr starke lokale Entzündung hervorrufen.

Was nun, um dies der Vollständigkeit halber gleich hier zu erwähnen, die in dem Öle enthaltenen Bestandteile anbetrifft, so führt Kobert deren vier auf. Zunächst findet sich darin eine Phytalbumose, die in der gleichen Weise wie Ricin wirkt; ferner in sehr geringen Mengen ein flüchtiger Körper, dem irritative Eigenschaften innewohnen. Als dritte Giftsubstanz führt Kobert die Krotonsäure und als wichtigsten Bestandteil: das wirksame Prinzip im Öl, die Krotonolsäure an, die von Buchheim entdeckt und von Kobert sowie seinen Schülern von Hirschheydt und Siegel genauer untersucht wurde.

Bei Applikation auf der äufseren intakten Haut veranlafst sie sowie ihre Salze eine Dermatitis, die sich äufsert durch Rötung, Schwellung und Bildung von Papeln und Pusteln, die heftig jucken, während das Triglycerid, — das nebenbei bemerkt vom Magen aus sehr heftig wirkt und in den frischen Samen sich sehr reichlich findet, im käuflichen Öl hingegen fehlt — nach den Untersuchungen von Hirschheydts hier nicht zerlegt wird, daher wie ein indifferentes Fett wirkt und infolge dessen vollkommen unwirksam bleibt.

[1] R. Kobert, *Lehrbuch der Intoxikationen.* Stuttgart 1893. Ferdinand Enke.

Wenn wir, um jetzt zum unzerlegten Öl, das uns ja beschäftigen soll, zurückzukehren, in der pharmakologischen Litteratur über die Wirksamkeit desselben Umschau halten, so „ruft das Krotonöl nach HARNACK[2] (pag. 351 ff.) wegen seines Gehaltes an Krotonolsäure auf jeder Applikationsstelle, auch auf der Haut, in die Fettkörper leicht einzudringen vermögen, eine heftige, lokal-irritierende Wirkung hervor. Einige Minuten nach dem Einreiben in die Haut tritt ein Gefühl von Brennen ein, die Hautstelle rötet sich, wird empfindlich und schwillt etwas an. Es bildet sich ein ekzematöser Ausschlag, meist kleine Bläschen, die sich später mit Eiter füllen und nach 3—5 Tagen wieder verheilen, ohne Narben zurückzulassen."

Nach HUSEMANN[3] (pag. 45) gehört das Krotonöl zu einer Reihe von Stoffen (Brechweinstein, Emetin), welche bei äufserer Applikation kein Erythem oder Blasenbildung hervorrufen, sondern eine Entzündung der Hautdrüsen und daraus resultierende Bläschen, Pocken oder Pusteln erzeugen. (pag. 639 ff.): „Das Krotonöl erzeugt auf der äufseren Haut einen ekzematösen Ausschlag, der mit dem durch Emetin und Brechweinstein hervorgerufenen die meiste Analogie zeigt. 1—2 Tropfen des Öls pure auf die äufsere Haut eingerieben veranlassen schon nach 5—10 Minuten Brennen, Prickeln und Jucken, das stundenlang anhalten kann; die Stelle rötet sich, erscheint geschwollen und auf derselben entstehen kleine Vesikeln, die anfangs mit Serum, später mit Eiter sich füllen und in 3—5 Tagen zu oberflächlichen Schorfen eintrocknen. Wiederholte Applikation auf dieselbe Stelle steigert den Effekt nicht; tiefer gehende Ulcerationen, wie Brechweinstein, bringt Ol. Crotonis nicht hervor; ebensowenig hinterbleibt nach der Applikation eine Narbe."

Von histologischen Arbeiten, die sich mit der Einwirkung des Krotonöls auf die äufsere Haut beschäftigen, liegen nur zwei vor, die eine von COHNHEIM, die andere von TOUTON. Von der Aufführung vielfacher anderer, an anderen Körperstellen mit dem Gift unternommenen Experimenten glauben wir hier absehen zu sollen.

COHNHEIM[4] (pag. 37 ff.) stellte bekanntlich auf Grund seines Krotonversuches die Hypothese auf, dafs unter der Einwirkung entzündungserregender Agentien die Gefäfswandungen Störungen ihrer Integrität erfahren, ohne dafs indes morphologische Strukturveränderungen daseien. Er benutzte weifse Kaninchen bei seinen Untersuchungen und verrieb auf die äufsere und innere Fläche eines abrasierten Ohres einige Tropfen Krotonöl. Während er innerhalb der ersten Stunde nach der Krotono-

[2] HARNACK, *Lehrbuch der Arzneimittellehre und der Arzneiverordnungslehre.* Hamburg und Leipzig, 1883. Leopold Voss.

[3] HUSEMANN, *Handbuch der gesamten Arzneimittellehre.* Berlin 1892. Julius Springer.

[4] J. COHNHEIM, *Neue Untersuchungen über die Entzündung.* Berlin 1873. August Hirschwald.

sierung keine Abweichung von der Norm bemerkte, trat 70—80 Minuten nach der Einreibung eine leise Andeutung einer allgemeinen Rötung am Ohr auf: die Gefäfskonturen begannen an Schärfe und Deutlichkeit zu verlieren. Nach zwei Stunden war die Rötung und Schwellung zwar deutlicher ausgesprochen, immerhin war noch eine rhythmische Pulsation der Gefäfse vorhanden und auch am Venenstrom liefs sich nichts Abnormes nachweisen. Erst 3—4 Stunden nach der Applikation war das Ohr diffus und lebhaft gerötet, heifs, stark geschwollen und in der Oberhaut sowie im Unterhautzellgewebe waren feine punkt- und strichförmige Hämorrhagien nachweisbar. Während alle die genannten Entzündungserscheinungen im Laufe des ersten Tages zunahmen, auch blasige Abhebungen, besonders auf der inneren konkaven Seite des Ohres auftraten, hie und da auch wässerige Flüssigkeit durch die Epidermis durchsickerte, begann vom zweiten Tage an der Prozefs rückgängig zu werden und das Ohr war im allgemeinen nach 4—5 Tagen unter Abschilferung der Epidermis wieder zur Norm zurückgekehrt. Indessen beobachtete Cohnheim in einigen Fällen, wo stärkere Hämorrhagien stattgefunden hatten, Nekrosen, partielle Abstofsungen, bisweilen auch kleinere oder gröfsere Abscefsherde im Ohre, Erscheinungen, durch welche die vollständige Heilung selbstredend wesentlich hinausgeschoben wurde.

Was die histologischen Befunde an den in den verschiedenen Phasen des Prozesses abgeschnittenen Ohren betrifft, so berichtet Cohnheim folgendes:

„So lange makroskopisch das Ohr keine Abweichung vom normalen Verhalten zeigt, ist auch mikroskopisch nichts Abnormes zu konstatieren. Die erste Schwellung beruht im wesentlichen auf einer Transsudation eiweifshaltiger Flüssigkeit, während erst verhältnismäfsig wenig farblose und rote Blutkörper die Gefäfse umgeben, aber mit der gröfseren Dauer und Heftigkeit des Prozesses wächst auch die Menge der Blutkörper im Gewebe immer mehr. Am stärksten mit Eiterkörpern infiltriert erweisen sich immer die oberflächlichen Partien der Cutis im Niveau und der Umgebung der Haarbälge, in die ja das eingeriebene Öl am raschesten eindringt, und weiterhin die unteren Teile des Ohres, sozusagen die Ohrwurzel, in der das Unterhautzellgewebe weniger straff ist und darum am leichtesten in seinen Maschen mit Flüssigkeit und Zellen sich füllen kann."

Touton[5] (pag. 30 ff.) versuchte mehrfach durch verschiedene Mittel wie Ung. hydrarg. ciner., Ung. tart. stibiat., Jodtinktur, durch Krotonöl künstlich Ekzem zu erzeugen und rieb zu dem Zweck die betreffenden Präparate Hunden an der Übergangsstelle zwischen Nacken und Hinterkopf ein. Indessen bekam er nie das gewünschte Resultat, nämlich

[5] K. Touton, *Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen in der Epidermis.* Tübingen 1882. Franz Fues.

kleinere Bläschen mit hellem Inhalt, sondern, wenn er Tags zuvor die Mittel — aufser Ungt. hydrarg. ciner. — eingerieben hatte, so fand er am nächsten Morgen kleinere oder gröfsere Pusteln oder dicke, braune, durch Aufkratzen der Pusteln gebildete Borken vor.

Über die durch Krotonöl erzeugten Pusteln, die nach seinen Angaben in ihrem Bau vollständig den durch Ung. tart. stibiat. hervorgerufenen gleichen, äufsert sich TOUTON folgendermafsen: „Die Cutis unter der Efflorescenz zeigt eine mäfsige, kleinzellige Infiltration. In der Mitte des Pustelgrundes ist die Grenze zwischen Cutis und Epithel vollständig geschwunden und an Stelle eines ziemlich bedeutenden, in die Tiefe greifenden Defektes der ersteren, sowie an Stelle des vollständig verloren gegangenen Rete Malpighi findet sich ein Konglomerat von teils noch wohlerhaltenen, teils geschrumpften oder in Zerfall begriffenen, dunkel gefärbten Rundzellen, zwischen denen man hie und da auf Reste von Haarbälgen mit Haaren, die unregelmäfsig verworfen in dem Pustelinhalt umherliegen, stöfst. Am Rande der Pustel liegen unter der Eitermasse einige Schichten erhaltener oder neugebildeter Retezellen."

Am Schlufs seines Ekzemkapitels resumiert TOUTON seine Resultate dahin, dafs bei den von ihm erzeugten artificiellen Ekzempusteln das ganze Rete Malpighi, eventuell sogar ein Teil der Cutis zerstört wird.

Unsere eigenen Untersuchungen, 24 an der Zahl, wurden mit dem in der Apotheke käuflichen Oleum Crotonis an Menschen und Tieren (Meerschwein, Kaninchen, Katze, afrikanischer Hund) ausgeführt. In der grofsen Mehrzahl der Fälle kam das Öl unverdünnt zur Anwendung und wurde, wie beim Kantharidin, zunächst immer je einmal resp. mehrere Male kurz hintereinander aufgetragen, und nach den dabei gemachten Beobachtungen bezüglich der Zeit der Einwirkung wurden die einzelnen Zwischenstadien zu gewinnen gesucht. Beim Hund wurden aufserdem einige Versuche in der Weise angestellt, dafs einmal das reine Öl, sodann dasselbe verdünnt mit Oleum Olivarum (1 : 10, 1 : 100) mehrere Tage hintereinander auf der gleichen Stelle appliziert wurde.

Es bedarf wohl keines Hinweises, dafs das Krotonöl nicht eigens zu unseren Versuchen sterilisiert wurde, da es stets auf die unverletzte Haut aufgepinselt wurde, von der aus ja selbst reine Eitermikroorganismen unwirksam sind. Ebensowenig waren wir, ohne den normalen Verlauf der hervorgerufenen Entzündung zu stören, imstande, die eventuell gesetzten Wunden aseptisch zu erhalten.

Im folgenden geben wir eine Gesamtübersicht über unsere Untersuchungen mit kurzer Angabe der Versuchsobjekte, der Applikationsstelle, der Präparate und der Zeit, nach welcher von der Applikation an gerechnet die Excision erfolgte.

Zur Orientierung über die normalen anatomischen Verhältnisse der

in Betracht kommenden Hautregionen wurden stets Kontrollpräparate angefertigt.

I. Mensch. Linker Unterarm: Beugeseite; reines Krotonöl.
   a) Verf.: 6½ Std.
   a) Herr X.: 7, 30 Std.

II. Meerschwein. Ohr; reines Krotonöl.
   Aufsenfläche: 7, 24 Std., 5 Tage.
   Innenfläche: 48, 72 Std.

III. Kaninchen. Ohr; reines Krotonöl.
   Innenfläche: 4, 24, 48, 48 Std., 4 Tage.

IV. Katze. Ohr; reines Krotonöl.
   Innenfläche: 3, 5, 24 Std.

V. Afrikanischer, nackter Hund. Rücken und Weiche.
   A) Akute Einwirkung; reines Krotonöl. 2½, 6½, 24, 24, 48 Std.
   B) Chronische Einwirkung:
      a) Krotonöl unverdünnt: 4 Tage;
      b) Krotonöl verdünnt mit Oleum Olivarum
         α) 1 : 10, 4 Tage.
         β) 1 : 100, 5 Tage.

Die betreffenden zur Untersuchung bestimmten Hautpartien wurden stets in vivo excidiert, in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

An Färbemitteln wurden verwandt:

1. zu Übersichtsbildern:
   Methylenblau,
   Hämatoxylin;
2. zur Nukleïn-Elastinfärbung:
   saures Oreïn: Hämatoxylin;
3. zur Protoplasmafärbung:
   alkalisches Methylenblau: Entfärbung mit Styron;
4. zum Studium der Fibrinbildung:
   Gentianaviolett: Anilinöl. (Weigertsche Fibrinfärbung.)

I. Meerschwein.

Bei mehreren, möglichst gleichaltrigen, etwa einjährigen Meerschweinchen wurde zumeist an der äufseren Fläche des Ohres eine umschriebene, der Ohrspitze nahe gelegene Stelle mit reinem Krotonöl einmal reichlich betupft, jedoch dafür gesorgt, dafs eine Verteilung auf eine gröfsere Fläche nicht zu stande kam. Abgesehen von einem Ohr, das zur Untersuchung der normalen Verhältnisse dienen sollte, wurden Präparate nach 7-, 24-, 48-, 72stündiger und 5tägiger Einwirkung des Giftes gewonnen.

Der äufserlich sichtbare Verlauf der Krotonwirkung war folgender: 7 Stunden nach der Krotonisierung liefs sich an der Applikationsstelle-

eine minimale Röte und Ödem nachweisen, Erscheinungen, die nach 24 Stunden deutlicher und diffuser geworden waren, während gleichzeitig eine kleine, nicht ausgesprochene blasige, weifse bis weifsgelbliche Abhebung wahrnehmbar wurde. Nach 48 Stunden war dieselbe deutlicher ausgeprägt und hatte nach 72 Stunden neben mäfsigen Entzündungserscheinungen etwas an Ausdehnung gewonnen. In dem einen Falle, wo das Ohr erst nach 5 Tagen abgetragen wurde, war nach 3 Tagen die Röte bereits vollständig zurückgegangen, die Blase eingefallen und gegen die Umgebung nicht mehr abzugrenzen. Nach 4 Tagen waren nur noch wenig Veränderungen zu sehen, abgesehen davon, dafs die mit dem Öl behandelte Stelle und ihre Umgebung schuppte. Bemerkt sei noch, dafs die durch die Excision gesetzten Wunden innerhalb 3—4 Tagen ohne Eiterung unter dem Blutschorfe verheilten.

a) 7 Stunden.

Mikroskopisch nachweisbare Veränderungen fehlen. Bei Vergleichen mit Schnitten vom normalen Ohr desselben Tieres zeigt sich eine geringe Zunahme des Dickendurchmessers.

b) 24 Stunden.

Mikroskopischer Befund:

Bei schwacher Vergröfserung bereits Verdickung des behandelten Ohrteiles wahrnehmbar. Die Oberhaut weist, abgesehen vielleicht von einer geringen parenchymatösen Schwellung, keine Veränderungen auf. Nur da, wo Haare durchtreten, finden sich scharf umschriebene, in den Schnitten kreisrund bis oval erscheinende Höhlen im Epithel: im Centrum der Haarschaft, umgeben von einigen noch deutlich erkennbaren Epithelien; der übrige Raum ist ganz erfüllt von Leukocyten. Die äufsere Umgrenzung wird von der abgeplatteten Stachelschicht des Haarbalges gebildet.

Auf die gleichen Gebilde stöfst man in der Cutis, d. h. endofollikuläre Eiterherde von den geringsten Anfängen bis zu reinen Haarbalgabscessen, in denen das Haar meist die Mitte einnimmt, während die Stachelschicht des Haarbalges durch starke Erweiterung des Raumes verdünnt erscheint und die äufsere Grenze bildet. Gewöhnlich liegt, wie gesagt, das Haar im Centrum, der Abscefs symmetrisch herum, manchmal jedoch wird es verschoben und mehr nach der Seite hin gedrängt.

Die Gefäfse der Cutis sind prall mit Blut gefüllt, deutlich erweitert. Das Cutisgewebe ist in dem betroffenen Teil reichlich mit Leukocyten durchsetzt; am reichlichsten finden sich dieselben in der Umgebung von Haaren, hauptsächlich da, wo es noch nicht zur ausgesprochenen Abscefsbildung gekommen ist. Indes ist auch das Cutisgewebe der nicht behandelten Ohrseite, wenn auch weit weniger, mit Eiterkörpern infiltriert.

c) 48 Stunden.

Mikroskopischer Befund:

Der Dickendurchmesser des Ohres ist gegenüber b, wenn überhaupt, nur wenig verändert.

Wenn man von den Partien der Oberhaut, die noch normal erscheinen, allmählich vorwärts geht zu den am stärksten veränderten, so läfst sich folgendes nachweisen:

Zunächst trifft man auf vereinzelte, immer in der Umgebung eines Haares gelegene ovale bis kreisrunde Eiteransammlungen, die alle Übergänge von der endofollikulären Impetigo zum vollständig entwickelten Haarbalgabscefs verfolgen lassen. Je nach der Lage des betreffenden Herdes und seiner Entwickelungsphase bilden die Umgrenzung entweder Stachelzellen oder unten und seitlich diese, oben eventuell nur die Hornschicht. In der Umgebung der am stärksten entwickelten Pusteln sind die benachbarten Stachelzellen zwar etwas komprimiert und ödematös, sonst aber nicht verändert. Zwischen diesen beschriebenen Gebilden sind gröfsere Strecken vollständig normaler Oberhaut erhalten, auch einige Haare mit gesunder Umgebung. Geht man weiter, so findet man die oberen Lagen der Stachelschicht aufgehellt, ödematös; schliefslich nehmen sie keinen Farbstoff mehr an und erscheinen als farblose nekrotische Massen, an denen nur noch der Kern deutlich erhalten ist und die keine Leukocyten in sich aufnehmen. Ferner treten die Eiterherde in immer gröfserer Häufigkeit auf und schliefslich resultiert daraus eine grofse Eiterblase, welche die ganze Randpartie des Ohres in Mitleidenschaft gezogen hat und allmählich dieselben Übergänge, wie anfangs beschrieben, in die normalen Oberhautpartien auf der anderen Ohrseite zeigt.

Am Grunde der Blase liegen meist ödematöse Reste der Stachelschicht; die unteren Keimzellen lassen durchschnittlich die Intercellularräume noch erkennen; auf der gröfsten Strecke jedoch ist die Cutis jeder epithelialen Bekleidung beraubt.

An der Decke der Blase finden wir den gröfsten Teil der Stachelschicht mit den darüber liegenden Hornlagen. Die Zellen der ersteren sind in eine stark ödematöse, nekrotische — oben schon des Näheren beschriebene — Masse verwandelt, in der nur noch die Reste der untergegangenen Zellen zu erkennen sind. Dazwischen trifft man zahlreiche, die Blase von oben nach unten durchsetzende Haarschafte, sowie fädige, maschenartig angeordnete Gebilde, welche die Weigertsche Fibrinfärbung annehmen (fraglich, ob Fibrin oder fibrinoïd entartete Epithelien).

Den Raum zwischen Decke und Grund füllen streng von den vorerwähnten Elementen getrennte, enorme Leukocytenmengen aus.

Im erhaltenen Deckepithel sowohl wie in den am Grunde der Blase gelegenen Stachelzellen fehlen Proliferationserscheinungen.

Die gesamte Cutis, soweit sie zu den eben besprochenen Blasen gehört, ist ödematös geschwollen, ihr Dickendurchmesser vergröfsert. Im übrigen ist sie vollständig von Leukocyten durchsetzt. Da, wo die Oberhaut normal erhalten ist, entbehrt die Cutis des ausgesprochenen Ödems, hingegen weist sie auch hie und da Leukocyten frei im Gewebe liegend auf.

d) 72 Stunden.

Mikroskopischer Befund:

Ebenso wie bei c; in einigen Präparaten sieht man jedoch die Bildung der Blase in der Weise sich vollziehen, dafs die ganze Stachelschicht auf gröfsere Strecken ödematös anschwillt und in der oben angegebenen Weise nekrotisiert. Die Zahl der Mitosen in den nicht von der Vesikation ergriffenen Partien erscheint vermehrt.

e) 5 Tage.

Mikroskopischer Befund:

Eine Kruste, die das ganze abgestofsene Epithel enthält; darunter findet sich vollständig ausgebildetes normales Epithel, das von Mitosen wimmelt.

Die Haut des Meerschweinchens reagiert daher nach unseren Beobachtungen verhältnismäfsig wenig heftig auf die Applikation des Krotonöls. Die erste Wirkung des Giftes äufsert sich in makroskopisch wahrnehm-

barer, wenig stürmisch auftretender und andauernder Hyperämie und Ödem, Erscheinungen, welche den mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen voraufgehen. Diese treten zunächst bei sonst intakter Oberhaut als endofollikuläre Leukocytenansammlungen auf, die, während die Cutis im Niveau und der Umgebung der Haare auf der behandelten Seite, diffus, aber weniger reichlich auch auf der anderen Ohrseite mit Eiterkörpern durchsetzt ist, allmählich in Haarbalgabscesse übergehen. In diesen nimmt das Haar meist das Centrum ein, bisweilen ist es aber auch zur Seite verdrängt.

Unter numerischer Zunahme der Eiterherde und Vermehrung des Ödems kommt es dann sekundär zu einer Degeneration des dazwischen liegenden, bisher normalen Oberhautepithels, das ödematös wird, sich aufhellt und endlich sich in nekrotische Massen auflöst, die einerseits keinen Farbstoff mehr an-, andererseits keine Leukocyten in sich aufnehmen.

Als Endresultat finden wir eine grofse in der Stachelschicht oder zwischen dieser und Cutis gelegene, serös-fibrinöse Blase, in der oben die degenerierten Epithelien und das Fibrin einerseits, unten die in reichlicher Zahl aus der Cutis nachdringenden Leukocyten andererseits streng von einander getrennt gelegen sind. Nach 5 Tagen ist bereits die ganze blasig veränderte Ohrpartie in eine Kruste verwandelt, die von normalem Epithel unterwachsen wird.

II. Kaninchen.

Wie Cohnheim, so experimentierten auch wir am Ohr des Kaninchens. Während er indessen auf die Aufsen- und Innenfläche eines abrasierten Ohres einige Tropfen Krotonöl verrieb, begnügten wir uns damit, einmal oder einige Male kurz hintereinander einen Tropfen auf die Innenfläche des Organes, meist jüngerer Tiere aufzutragen. Gegenüber den Cohnheimschen Resultaten, welche des Näheren bereits mitgeteilt sind, beobachteten wir bezüglich des Eintrittes der Giftwirkung einige zeitliche Differenzen, die indessen wohl nur auf Kosten der verschiedenen Applikationsweisen zu setzen sind.

Bei unseren Versuchen zeigte sich die behandelte Stelle und ihre nächste Umgebung nach etwa 4 Stunden hellrot bis violett injiziert, und das Ohr hatte infolge Ödems bereits die doppelte Stärke des normalen Organes angenommen. Unter Zunahme der Rötung und Schwellung, welche letztere nach 24 Stunden etwa die vierfache Stärke des normalen Dickendurchmessers des Ohres betrug, wies die behandelte Stelle eine diffuse, grauweifse, blasige Abhebung — umgeben von einem roten Hof — auf, die im durchfallenden Lichte braunrot erschien und einige hellere, rötliche Partien wie Blutseen darin wahrnehmen liefs. Während innerhalb

der nächsten 24 Stunden dann die Blase eintrocknete und braune Färbung annahm, ging in der Peripherie die Vesikation weiter, derart, dafs meistens nach 3 Tagen die gesamte, ursprünglich erkrankte Partie zusammengefallen, trocken, blaugrau verfärbt war, während in einigen Fällen selbst nach 4 Tagen der Prozefs noch nicht im Rückgang begriffen war, sondern am Rande die Hyperämie und Blasenbildung noch fortschritt. Unter Borkenbildung, eventuell Nässen und Abschuppung kehrte das entzündete Ohr dann allmählich zur Norm zurück.

Nekrosen oder Abscefsbildungen, von denen COHNHEIM berichtet, konnten wir nicht beobachten.

a) 4 Stunden.

Makroskopisch: hellrot-violette Injektion der Applikationsstelle; Ödem.

Mikroskopischer Befund:

Auf der behandelten Ohrseite findet sich im Niveau und der Umgebung der Haarbälge, wie dies auch COHNHEIM beobachtete, eine reichliche Leukocyteninfiltration der Cutis. Entgegen den Angaben COHNHEIMS, dafs sich immer die oberflächlichen Partien am stärksten infiltriert erweisen, sind in unseren Präparaten die Leukocytenherde immer gelegen nach der Seite der Knorpellage, welche die Mitte des Ohres durchzieht, so dafs also die Partie unterhalb der Oberhaut durchschnittlich frei ist. Die Gefäfse sind deutlich hervortretend, erweitert; in ihnen und den sie umgebenden Lymphräumen fädiges Fibrin.

b) 24 Stunden.

Mikroskopischer Befund: Auf der mit Kroton behandelten Ohrseite enorme blasige Abhebung. In der Oberhaut fast ununterbrochen fortlaufende Blase, die nur durch Haare, welche von der Decke zum Grund ziehen, sowie durch geringe Reste von Epithelbrücken in einen vielkammerigen Raum geteilt wird. Nur auf geringen Strecken ist hie und da noch der Zusammenhang zwischen Cutis und Epidermis erhalten. Die stärkste Höhenentwickelung der Blase findet sich in der Mitte der befallenen Partie; nach den Seiten hin nimmt sie ab, um allmählich in die normale Oberhaut überzugehen.

Die obere, im wesentlichen von der Hornschicht und einzelnen, meist ödematösen, in Auflösung begriffenen Stachelzellen dargestellte Begrenzung bildet eine fast horizontale, hie und da leicht wellige Linie, während die Blase resp. die einzelnen sekundären Blasen stellenweise nach der Cutis hin stark konvex ausgebuchtet sind.

Am Grund liegen komprimierte Stachelzellen, stellenweise ragt auch die Cutis frei in den Blasenraum hinein.

Den Blaseninhalt bilden bröcklig-krümlige, in einem feinen Maschennetz von fädigem Fibrin liegende, geronnene Eiweifsmassen, welche bei den gewöhnlichen Färbemethoden keinen Farbstoff mehr annehmen.

Die nicht von der Vesikation befallene Oberhaut zeigt keine bemerkenswerten Veränderungen.

Die Cutis unterhalb der am stärksten blasig degenerierten Oberhaut ist von einem ununterbrochenen dichten Leukocytenwall durchsetzt, der im allgemeinen so angeordnet ist, dafs eine breitere, freie Zone von der Cutis nach der mittleren, knorpeligen Partie des Ohres bleibt und auch die untere Begrenzung der Blase immer noch durch einen relativ helleren, aus minimal mit Leukocyten infiltrierten Streifen vom eigentlichen Eiterherd in der Cutis getrennt ist. Diese beiden, relativ

leukocytenarmen Partien der Cutis sind infolge eines kollateralen Ödems in enormem Grade aufgeschwollen, so dafs sie, die im vorher geschilderten ersten Stadium der Entzündung nur unbedeutende Gewebsstreifen neben dem mittleren von Leukocyten wimmelnden Teile der Cutis bildeten, jetzt ebenso breite, von Ödem enorm aufgetriebene Bänder, Ödempolster,[6] wie sie Unna nennt, darstellen.

Je geringer die Blasenentwickelung, um so näher rückt der Leukocytenwall an die Oberhaut heran und findet sich auch unterhalb eines Teiles derselben, wo abgesehen von Ödem gar keine Veränderungen vorhanden sind. Im Gewebe der Cutis Fibrin.

Die seitlichen Ohrpartien sind, abgesehen von einer leichten allgemeinen Schwellung, nicht verändert. Zur Vesikation ist es hier nicht gekommen, indessen ist die Cutis in einem der blasig erkrankten Partie der Innenfläche entsprechenden Teile, aber nur teilweise reichlich mit Leukocyten durchsetzt, speziell in der Umgebung der Gefäfse, ohne dafs jedoch ein bestimmter Typus der Anordnung sich nachweisen liefse.

c) 48 Stunden.

Mikroskopischer Befund: Dieselben Verhältnisse wie bei b, jedoch findet sich die blasige Abhebung in der Oberhaut sowohl auf der Innenseite als auch der nicht behandelten Aufsenseite. Ein direkter Übergang findet nicht statt: beide Randpartien sind vollständig normal. Die Infiltration der Cutis mit Leukocyten ist hier weit stärker ausgesprochen; die intermediäre, freie Zone tritt auf der Seite nach der Oberhaut hin ebenfalls deutlicher hervor, während sie auf der Knorpelseite vollständig verloren gegangen ist dadurch, dafs an ihre Stelle Leukocyten getreten sind.

Auf der nicht behandelten, aber doch auch blasige Veränderungen aufweisenden Ohrseite ist die Vesikation in bescheidenen Grenzen geblieben; die Leukocytenansammlungen, die auch hier in der ganzen befallenen Cutispartie sich finden, treten wiederum in der Umgebung der Haare am deutlichsten hervor derart, dafs unterhalb der Blase eine freie Cutiszone bleibt, während unterhalb der Übergangspartien die Leukocyten bis unter die Keimschicht herauftreten.

d) 48 Stunden; Kontrollversuch.

Mikroskopischer Befund: Hier auch wieder auf beiden Seiten die Blase. In der Nähe des Knorpels an der Unterseite treten hypertrophische Bindegewebszellen auf, mit dunkelblauem Kern und violetten, spindelförmigen Ausläufern versehene Gebilde, die deutlich gegen die eiterhaltigen, blaugrün gefärbt erscheinenden Gewebspartien kontrastieren.

e) 4 Tage.

Grofse nekrotische Partie: Odempolster und Blaseninhalt sind zusammen nekrotisch geworden und werden von der Seite her unterwachsen von frischem Epithel. In der Stachelschicht der früheren Randpartie der Blase findet man ein leichtes Ödem, während — im Gegensatz zum unter der Blase gelegenen Cutisteile — die entsprechende Cutispartie sehr wenig mit Leukocyten infiltriert ist, so dafs der Eindruck eines nach aufsen verdrängten Ödems entsteht.

Beim Kaninchen treten, wenn wir unsere Versuche resumieren wollen, die durch das Krotonöl hervorgerufenen Entzündungserscheinungen schneller auf und sind wesentlich stärker ausgesprochen als beim Meer-

[6] Vergl. hierzu Kapitel „Anthrax“ in Unna, *Die Histopathologie der Haut.* Berlin, 1894. August Hirschwaldt, pag. 455.

schweinchen. Es kommt hier nach voraufgegangener Hyperämie und starkem Ödem ebenfalls zur Bildung einer in der Oberhaut oder zwischen dieser und Cutis gelegenen, serösen, leukocytenfreien, aber an Fibrin etwas reicheren Blase.

Die erste Schwellung des mit Crotonöl behandelten Ohres beruht, wie dies auch COHNHEIM hervorhebt, im wesentlichen auf einer Transsudation eiweifshaltiger Flüssigkeit, die aber nach unseren Beobachtungen schon sehr früh von einer verhältnismäfsig starken Leukocyteninfiltration begleitet ist. Dieselbe findet sich zunächst im Niveau und der Umgebung der Haare, nimmt aber sehr bald eine enorme diffuse Ausdehnung an und ist dadurch charakterisiert, dafs sie auf die mittlere Partie der Cutis beschränkt ist, während zwischen ihr und dem Knorpelgerüst des Ohres einerseits und zwischen ihr und der Oberhaut andererseits eine relativ leukocytenarme Zone bleibt.

Gleichzeitig mit der diffusen Leukocyteninfiltration tritt ein starkes, kollaterales Ödem auf, das sowohl in der Cutis als auch in der Epidermis wesentliche Veränderungen hervorruft. Hier kommt es zu einer Überschwemmung mit Serum und Fibrin und so zur Blasenbildung in der Oberhaut, dort schwellen die erwähnten beiden Zonen stark auf und bilden so neben der mittleren, von Leukocyten wimmelnden Cutispartie breite Bänder, Ödempolster. Das untere derselben wird weiterhin durch auswandernde Leukocyten eingenommen, während das obere um so deutlicher bestehen bleibt.

Je geringer die Blasenentwickelung, um so näher rückt der Leukocytenwall an die Oberhaut heran und findet sich auch unterhalb eines Teiles der Oberhaut, die abgesehen von Ödem keine Veränderungen aufweist.

Auch auf der nicht mit Krotonöl behandelten Ohrseite kommt es zur Vesikation und zur Durchsetzung der Cutis mit Leukocyten.

Während dann im weiteren Verlauf der Krotonentzündung die entstandene Blase samt dem unter ihr gelegenen Ödempolster bereits seitlich vom Epithel unterwachsen und in der Tiefe von einem Leukocytenwall, der die Abtrennung besorgt, umgeben wird, tritt in den seitlichen Partien, wo früher nur Leukocyten in der Cutis, aber wenig Oberhautepithelveränderungen zu finden waren, ein leichtes blasiges Ödem der Stachelschicht nachträglich auf, sodafs man den Eindruck von einem nach aufsen verdrängten Ödem gewinnt.

III. Katze.

Wie beim Meerschwein und Kaninchen wurde auch bei der Katze — und zwar bei etwa 2—3 Monate alten Tieren — das Ohr als Applikationsstelle für das Krotonöl benutzt. Wegen der schnellen Wirkung

desselben fand eine Excision nach 3-, 5- und 24stündiger Einwirkung des Giftes statt.

Der Einfluſs des Krotonöls äuſserte sich makroskopisch — und zwar bereits nach 2—3 Stunden — zunächst wiederum durch Hyperämie und Ödem der Auftragungsstelle und ihrer Umgebung, sodann unter Zunahme dieser Erscheinungen durch schnell auftretende Blasenbildung, derart, daſs nach 7 Stunden dieselben äuſserlich noch nicht wahrnehmbar, nach 24 Stunden hingegen nur noch Borken resp. perifollikuläre Pusteln als Reste derselben nachzuweisen waren.

a) 3 Stunden.

Makroskopisch: Innenseite des Ohres an der mit Krotonöl behandelten Stelle und in deren Umgebung geschwollen; die erstere etwas blaurötlich verfärbt.

Mikroskopischer Befund: Die Oberhaut ist intakt. Die Cutis ist mäſsig mit Leukocyten infiltriert, speziell in der Umgebung von Haaren und ihrer Adnexe.

b) 5 Stunden.

Makroskopisch: Matte Röte; Dickendurchmesser des Ohres vergröſsert.

Mikroskopischer Befund: Das Ohr ist in allen Teilen pathologisch verändert. Auf der Seite der Auftragung ist fast die ganze Oberhaut blasig degeneriert. Es handelt sich nicht um eine groſse, kontinuierlich fortlaufende, sondern um eine Anzahl meist durch Epithelbrücken voneinander getrennter, kleinerer Blasen, sodaſs bei oberflächlicher Betrachtung und schwacher Vergröſserung ein netzartiges Bild entsteht.

Geht man von den geringsten Anfängen der Blasenbildung in relativ intaktem, immerhin aber in sämtlichen Lagen ödematösem Epithel aus, so sieht man, daſs es sich um Hohlräume handelt, die zumeist ihren Anfang nehmen zwischen Horn- und Körnerschicht einerseits und Stachelschicht andererseits. Hie und da liegen auch Teile der Stachelschicht mit an der Decke der Blase, meistenteils aber bleibt dieselbe am Grunde erhalten oder geht auch bisweilen mit im Blasenraume auf. Dieser wird, wo es zu deutlicher Blasenbildung gekommen ist, von aus den Epithelien aus geschwemmtem Pigment, und feinem, fädigen Fibrin ausgefüllt. Leukocyten fehlen vollständig. Wie erwähnt, geht teilweise auch die Stachelschicht im Blaseninhalt auf; ihre Elemente sind dann aber meist nur noch in Form von Kernschatten zu erkennen.

Die Begrenzung der einzelnen genannten Räume stellen seitlich entweder zu langen Fäden ausgezogene Stachelzellen oder austretende Haare dar, die einer blasigen Abhebung der Hornschicht in toto resp. ihr und ihren Anhangsgebilden ein wesentliches Hindernis sind. Proliferationserscheinungen in der Oberhaut fehlen vollständig.

Auch die Oberhaut der nicht behandelten Ohrseite ist auf geringe Strecken blasig degeneriert.

Die Cutis ist, abgesehen von dem Ödem, das sich in der wesentlichen Zunahme des Dickendurchmessers des Ohres ausspricht, in allen Teilen verändert. Auf der Seite der Krotonapplikation ist sie dicht mit Leukocyten durchsetzt. Die Anordnung derselben ist derart, daſs die mittlere zwischen Oberhaut und centraler, im Ohre verlaufender Knorpelplatte gelegene Partie am stärksten ergriffen ist und zwar sind es hier wiederum die Haare und ihre Anhangsgebilde, welche die stärkste Ansammlung in ihrer Umgebung aufweisen. Oberhalb dieser Zone findet sich ein wenn auch schmaler, so doch etwas freierer Streifen; indes tritt dieses Verhalten nicht so wesentlich hervor, jedenfalls aber reichen die Leukocytenansammlungen nur ausnahmsweise bis an die Oberhaut heran. Zwischen der beschriebenen mittleren Leukocytenzone und dem Knorpel ist auch die gesamte Cutis mit Leukocyten durchsetzt, jedoch

weniger als an den Stellen, wo Haare vorhanden sind. In der übrigen Cutis wechseln hellere, d. h. weniger infiltrierte, mit dunkleren, stärker mit Leukocyten durchsetzten Partien ab, deren erstere, gerade im Gegensatz zu oben, mehrfach der Umgebung von Haaren entsprechen. Erwähnt sei noch, dafs die Leukocytenansammlungen nur teilweise die Oberhaut erreichen; auf der nicht behandelten Ohrseite bleibt jedenfalls der obere Teil der Cutis da, wo es zur Vesikation in der Oberhaut gekommen ist, fast immer frei von Leukocyten.

Fibrin findet sich in den Gefäfsen, zwischen Oberhaut und Cutis und in der Oberhaut, immerhin niemals in grofser Menge. In den Blasen ist es, wenn überhaupt, nur in minimaler Ausbildung vorhanden.

c) 24 Stunden.

Makroskopisch: Starkes Ödem; perifollikuläre Borken resp. Pusteln. Der Dickendurchmesser des Ohres beträgt etwa die vierfache normale Stärke, die doppelte von b.

Mikroskopischer Befund: Um einen grofsen Überblick zu geben: auf der Applikationsseite ausgedehnte Blasenbildung, die sich kontinuierlich über den Ohrrand hinweg auf die andere Ohrseite fortsetzt und einen Teil derselben einnimmt, während der Rest der Oberhaut frei bleibt.

Die Blase ist die unter b. beschriebene in grofsem Mafsstabe, nur dafs die einzigen hier vorhandenen Brücken durch im Blasenraume von oben nach unten ziehende Haarschafte gebildet werden, die ihre Stachelschicht zumeist intakt, nur hie und da minimal mit Leukocyten durchsetzt hinübergenommen haben. Man sieht also nie, dafs speziell die Haarbälge befallen wären, sie laufen relativ intakt durch die Blase hindurch.

Der Fibringehalt ist gegenüber b. vermehrt, immerhin nie bedeutend; Leukocyten finden sich, wenn überhaupt, gleich Null.

In dem nicht vesikulös veränderten Oberhautteil scheinen die Mitosen etwas vermehrt zu sein. Die unmittelbar angrenzenden Oberhautpartien sind ödematös durchtränkt.

Die Cutis ist in den Teilen, wo die Oberhaut blasig degeneriert ist, von einem dichten, fast ununterbrochenen, überall meist bis unter die Blase reichenden Leukocytenwall durchsetzt, der nur hie und da eine Unterbrechung erfährt. Nach den Seiten hin klingt die Infiltration allmählich ab. In der übrigen Cutis finden sich nur vereinzelte Leukocyten, aber sonst grofser Kernreichtum.

An einigen Stellen kommt es zur totalen Abhebung der ganzen unveränderten Oberhaut, so dafs zwischen ihr und der Cutis ein Blasenraum entsteht.

Das Krotonöl ruft daher, wie unsere Untersuchungen darthun, auf der Haut der Katze sehr schnell unter Hyperämie und starkem Ödem eine seröse, an Fibrin sehr arme, von Leukocyten freie Blase hervor, die zumeist in der Oberhaut ihren Sitz hat, bisweilen jedoch auch zwischen dieser und Cutis gelegen ist.

Die primären Veränderungen finden sich wiederum zu einer Zeit, wo die Oberhaut noch intakt ist, in der Cutis. Bereits drei Stunden nach der Applikation des Krontonöles besteht in derselben, speziell in der Umgebung der Haare und ihrer Adnexe eine mäfsige Leukocyteninfiltration. Während dann das Ödem wesentlich zunimmt, kommt es innerhalb weniger Stunden sekundär zur Blasenbildung, zumeist in der Oberhaut; hie und da wird die letztere indes auch unversehrt in toto von der Cutis ab-

gehoben. Im weiteren Verlauf der Entzündung wird das Ödem noch stärker, die einzelnen Hohlräume der ursprünglich mehrkammerigen Blase konfluieren unter dem Einfluſs des nachdringenden Serums und die Blase erfährt so eine wesentliche Erweiterung.

Die anfänglich auf die Umgebung der Haare beschränkte Leukocyteninfiltration nimmt gleichzeitig mit der Zunahme des Ödems wie beim Kaninchen eine diffuse Ausdehnung an, ohne indessen den ausgesprochenen Charakter bezüglich der Anordnung wie dort erkennen zu lassen.

Wie bereits oben erwähnt (Prot. c), ist die Stachelschicht der in den Bereich der Blase miteinbezogenen Haarbälge fast niemals speziell befallen, d. h. mit Leukocyten durchsetzt. Diese Thatsache ist wohl dadurch zu erklären, daſs hier der aus der Cutis zur Oberhaut empordringende Serumstrom eben sehr früh und in solcher Mächtigkeit auftritt, daſs es zur Einwanderung der Leukocyten in die Haarbälge gar nicht erst kommen kann. Vielleicht hängt die Schnelligkeit der Wirkung des Krotonöls bei der Katze auch mit der Jugend der zu unsern Versuchen verwandten Tiere zusammen. Auch die Oberhaut der nicht behandelten Ohrseite degeneriert blasig, wenn auch nur an einzelnen Stellen.

Wenn auch erst eine eingehende Besprechung resp. Vergleichung der bei den einzelnen Versuchsobjekten erzielten Resultate am Ende unserer Abhandlung möglich ist, so erscheint es uns doch zweckmäſsig, hier einen Rückblick auf die bisher mitgeteilten Versuche zu werfen, weil die bei denselben gemachten Beobachtungen — abgesehen von einigen Differenzen — einerseits sehr viele Berührungspunkte untereinander aufweisen, andererseits sich wesentlich von den noch zu besprechenden, beim Hund und Menschen gewonnenen Resultaten unterscheiden.

Wenn wir uns auf die wesentlichsten Punkte beschränken, so ruft das Krotonöl bei dem Meerschwein, dem Kaninchen und der Katze zunächst Hyperämie und Ödem hervor, klinische Erscheinungen, die am frühesten und intensivsten bei der Katze und dem Kaninchen sich äuſsern, während beim Meerschwein die Reaktion nur verhältnismäſsig gering und zeitlich später eintritt. Des weiteren kommt es dann bei intaktem Oberhautepithel zu einem starken Leukocytenaustritt aus den Gefäſsen und infolge eines intensiven Ödems sekundär zur Bildung einer serösen, fibrinhaltigen, von Leukocyten freien Blase in der Oberhaut oder zwischen dieser und der Cutis.

Die Leukocyteninfiltration der letzteren weist in ihrer ersten Anordnung und weiteren Entwickelung bei dem Kaninchen und der Katze groſse Übereinstimmung auf, ist aber verschieden von dem bei dem Meerschwein beobachteten Typus, der seinerseits wiederum Ähnlichkeit mit den Vorgängen beim Hund und Menschen zeigt. Dort haben wir es zu thun mit einer ursprünglich geringen, auf das Niveau und die Umgebung der Haare

und ihrer Adnexe beschränkten, also einer perifollikulären Leukocytenansammlung, die im weiteren Verlauf der Entzündung diffus wird, speziell beim Kaninchen enorme Ausdehnung annimmt. Beim Meerschwein hingegen handelt es sich, bei sonst ebenfalls intaktem Oberhautepithel, um eine endofollikuläre Leukocyteninfiltration, während gleichzeitig dabei wie oben im Niveau und in der Umgebung der Haare auch Leukocyten sich finden, speziell da, wo es noch nicht zur ausgesprochenen Abscefsbildung in den Follikeln gekommen ist. In dem Stadium der Entzündung, wo diese deutlich ausgesprochen und gleichzeitig infolge des starken Ödems die sekundäre Blase in der Oberhaut zustande gekommen ist, nimmt auch die Leukocytenansammlung in der Cutis einen diffusen Charakter an. Wenn auch des ferneren die Entstehung und der Aufbau der Blase bei den drei in Frage kommenden Versuchstieren der gleiche ist, so zeichnet sich doch das Meerschwein durch das Vorhandensein von Leukocyten im unteren Teil der Blase aus, die jedoch, wie bereits oben erwähnt, von dem eigentlichen Blaseninhalt streng getrennt sind.

Was speziell die direkte Schädigung der Follikel bei dem Meerschwein anbetrifft, so ist dieselbe wohl dadurch zu erklären, dafs hier das Gift wesentlich langsamer seine Wirkung ausübt, während bei dem Kaninchen und der Katze infolge der schnelleren Reaktion der aus der Cutis empordringende Serumstrom sehr früh und mit solcher Heftigkeit auftritt, dafs es zum Eindringen der Leukocyten in die Haarbälge gar nicht erst kommen kann.

IV. Afrikanischer, nackter Hund (mehrere Jahre alt).

Wie bereits oben erwähnt, wurde bei dem Hunde in der gleichen Weise wie bei den anderen Versuchstieren das Öl einmal pure aufgetragen; aufserdem wurden aber auch einige Stellen teilweise mit dem reinen, teilweise mit verdünntem Öle (1 : 10, 1 : 100 Oleum Olivarum) behandelt.

A. Akute Einwirkung; reines Krotonöl.

a) 2½ Stunden.

Makroskopisch nichts zu sehen; mikroskopisch ebenfalls keine Veränderungen.

b) 6½ Stunden.

Makroskopisch: Geringe Schwellung und etwas zweifelhafte, hellrote Verfärbung der Applikationsstelle.

Mikroskopischer Befund: In der Oberhaut normale Verhältnisse.

In der Cutis sind, wo Haare in den Schnitten liegen, die dem Follikel zunächst gelegenen Gefäfse mit reihenweise angeordneten Leukocyten angefüllt. Die um den Follikelausführungsgang kranzförmig gruppierten Talgdrüsenläppchen sind von einer mäfsigen Leukocytenmenge umgeben, während die tiefer gelegenen Lobuli sowie der Haarbalg frei sind.

c) 24 Stunden.

Am Tage der Applikation makroskopisch nichts zu sehen; nach 24stündiger Einwirkung des Giftes Schwellung und Rötung der behandelten Stelle; innerhalb derselben zwei hirsekorngroſse, mattgelbe Blasen.

Mikroskopischer Befund:

Bei Durchmusterung der hierher gehörigen Präparate lassen sich zwei verschiedene Formen, unter denen die Wirksamkeit des Giftes sich äuſsert, unterscheiden. Den einen Typus stellt eine vollständige, nach oben, unten und seitlich konvex ausgebuchtete, abgeschlossene Eiterblase in der Oberhaut dar.

Decke: Hornschicht, Körnerschicht, sowie an einzelnen Stellen isolierte oder gruppenweis angeordnete Stachelzellen, die abgesehen von der Form keine Veränderungen erkennen lassen.

Grund: Zumeist Reste der Stachelschicht, die infolge der durch den Blaseninhalt bewirkten Kompression in Form einer dunkel tingierten Linie erscheint. Bisweilen fehlt auf gröſsere Strecken, hie und da auch ganz eine epitheliale untere Begrenzung der Blase.

Den seitlichen Abschluſs derselben bilden aneinander gereihte, einesteils abgeplattete, anderenteils in die Länge gezogene Stachelzellen und stellen so bei dem kuppelartigen Aufbau der Blase gewissermaſsen nach auſsen konvexe, seitliche Strebepfeiler dar. Hie und da sind dieselben auseinander gedrängt; die dadurch entstehenden Maschen sind mit den gleichen Elementen wie die Blase ausgefüllt.

Den Inhalt der letzteren machen im wesentlichen, und zwar bei weitem in der überwiegenden Menge Leukocyten aus. Einige Stachelzellen haben sich denselben zugestellt; sie lassen abgesehen von der Form wenig Veränderungen wahrnehmen. Auſserdem stöſst man im Blaseninnern auf fädige und körnige, geronnene Eiweiſsmassen, die stellenweise die Weigertsche Fibrinreaktion geben.

Das übrige, nicht von der Vesikation betroffene Oberhautepithel ist normal; keine Mitosen.

Einzelne Präparate zeigen den Beginn der Blasenbildung. Anstatt einer ausgebildeten Pustel trifft man ein kuppelförmiges Gebilde, das durch Stachelzellenbrücken, die vom Grund zur Decke ziehen, in einen mehrkammerigen Raum verwandelt ist; die einzelnen Abteilungen desselben sind bereits von Leukocyten ausgefüllt.

Die Gefäſse der Cutis treten deutlich hervor; ihr Lumen ist von Leukocyten, ihre Umgebung von Mänteln solcher eingenommen. Hie und da finden sich dieselben in groſsen Anhäufungen frei im Gewebe. Am stärksten infiltriert sind die Cutispartien, wo es noch nicht zur vollständigen Entwickelung der Impetigo gekommen ist.

Rechts und links von der unter der Impetigo gelegenen Cutispartie sind wiederum zwischen den oberen Lobuli der benachbarten Talgdrüsen dichte Leukocyteneinlagerungen vorhanden. Keine Plasmazellen; keine Veränderungen des elastischen Gewebes.

Ein zweiter Typus der Wirkungsweise des Krotonöls ist der, daſs anstatt einer auf eine oder einige Stellen der Oberhaut beschränkten, scharf umschriebenen Impetigo eine auf eine gröſsere Strecke sich ausdehnende, also eine flächenhafte Eiteransammlung zustande kommt, die aber gegenüber der beschriebenen Form durch weit geringere Entwickelung des Höhendurchmessers sich auszeichnet. Stellenweise ist die ganze Stachelschicht von einem aus der Cutis aufsteigenden Leukocytenwall emporgehoben, stellenweise auch nur von Leukocyten und den übrigen, oben erwähnten Elementen durchsetzt, ohne daſs es zu einer Trennung von der Cutis gekommen ist.

Der Haarbalgtrichter ist an einer Stelle gelockert und der Zwischenraum von Leukocyten erfüllt, sodafs man von einer Impetigo des Haarbalgtrichters sprechen kann.

Die Cutis zeigt die gleichen Verhältnisse wie oben.

d) 24 Stunden.

Einmalige Applikation des Öles. Nach 7 Stunden an einigen Stellen im Auftragungsbezirke geringe Rötung und Schwellung; innerhalb dieser Zone eine perifollikuläre Eiterblase makroskopisch sichtbar.

Mikroskopischer Befund: Sehr grofse perifollikuläre Blase in der Oberhaut.

Decke: Hornschicht, Körnerschicht, zumeist auch in mehreren Lagen die Stachelschicht, deren einzelne Zellen jedoch nicht mehr voneinander zu trennen sind. Hie und da Hohlräume mit Leukocyten angefüllt.

Grund: Starke konvexe Ausbuchtung der unteren Begrenzung, die teilweise von plattgedrückten Stachelzellen, und zwar an den seitlichen Übergängen, teilweise von der Cutis gebildet wird, die hier dann mit in der Blase aufgegangen ist.

Den seitlichen Abschlufs der Blase stellen sowohl normale als auch komprimierte, lang ausgezogene Stachelzellenlagen dar. Zumeist entsteht durch die Anordnung derselben ein grofs- und kleinmaschiges Netzwerk, dessen Hohlräume mit bröckligen Massen und Kernen ausgefüllt sind; die Herkunft derselben, ob epithelial oder leukocytär, läfst sich nicht bestimmen.

Blaseninhalt: Wiederum grofse Leukocytenmengen; Reste der Stachelschicht; viel körniges, weniger fädiges Fibrin; ein quergetroffenes Haar mit Haarbalg, bei dem die Grenzen der einzelnen Zellen sich zu verwischen anfangen, während die Kerne noch deutlich erhalten sind.

Wir haben es hier also zu thun mit einem Prozefs, der vom Haartrichter seinen Ausgang genommen, die Stachelschicht desselben impetiginös verändert und seine Fortsetzung und seinen Ausgang in einer Impetigo der Stachelschicht der Epidermis gefunden hat.

Das nicht von der Vesikation befallene Deckepithel weist abgesehen von stellenweise wahrnehmbaren Übergängen zur Blasenbildung keine wesentlichen Veränderungen auf.

In der Cutis treten wiederum die Gefäfse deutlich hervor; ihre Umgebung ist von Leukocyten eingenommen. In Schrägschnitten sind die pathologischen Veränderungen stärker ausgesprochen. Wir finden hier mitten in der Cutis ein Haar, dessen Balg vollständig von Eiterzellen durchsetzt ist und zu dem von allen Seiten her Leukocytenströme ziehen, sodafs ein grofser Teil der Cutis von einem Eiterherd eingenommen ist.

e) 48 Stunden.

Behandlung einer Stelle in der üblichen Weise; nach 6—8 Stunden mattrote Färbung; das Öl ist auseinander geflossen oder vom Hund durch Lecken verteilt. 24 Stunden nach der Krotonisierung erscheint die Röte etwas zurückgegangen, Blasen fehlen. Am folgenden Tage ist die Röte wieder deutlicher ausgesprochen, jedoch ist es nicht zur Vesikation gekommen. Excision nach 48 Stunden.

Mikroskopischer Befund: Es fehlt in der Oberhaut jede Blasenbildung, in der Cutis jede stärkere Leukocytose. Statt dessen finden wir Mitosen sowohl in den von den Schnitten getroffenen Haarbälgen — worauf wohl nicht viel Gewicht zu legen ist —, als auch im Oberflächenepithel, und zwar in jedem Gesichtsfelde mehrere.

B. Chronische Einwirkung.

a) Reines Krotonöl.

Vier Tage hintereinander wurde je einmal täglich eine Stelle auf dem Rücken des Hundes mit unverdünntem Krotonöl betupft und am 5. Tage ausgeschnitten. Nach 24 Stunden geringe Schwellung, rosa Röte; nach 48 Stunden beides deutlicher ausgesprochen, innerhalb des entzündeten Bezirkes gröfsere und kleinere, gelbweifse Pusteln nebeneinander. Während dann innerhalb der nächsten 24 Stunden die Rötung und das Ödem sowie die Zahl der Pusteln noch zunahm, liefs sich am 5. Tage, also nach viertägiger Krotonisierung, eine Abnahme sämtlicher entzündlicher Erscheinungen wahrnehmen.

Mikroskopischer Befund: Die Oberhaut ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung verändert: einerseits ist sie auf grofse Strecken hypertrophiert, andererseits der Sitz von Eiterblasen. Dieselben treten in zweierlei Form auf: einmal als gröfsere Gebilde mit tiefer, konvexer Ausbuchtung in die Cutis hinein, sodann als kleinere, eingesprengte Eiterherde.

Die ersteren sind in der Mehrzahl einkammerig, bisweilen werden jedoch auch durch Epithelbrücken, die vom Grund zur Decke ziehen, mehrere sekundäre Blasen gebildet.

Die untere Begrenzung stellen zumeist 6—10 Lagen von Stachelzellen dar, deren obere bereits Übergänge zur Verhornung aufweisen.

Die seitlich an die Impetigines angrenzenden Stachelzellen sind flach gedrückt und in der Längsrichtung ausgezogen, sodafs sie wie einander parallele, nach aufsen konvexe Strebepfeiler erscheinen.

Was die Decke der in Rede stehenden Blasen betrifft, so ist der Haupttypus der, dafs einige Lagen Stachelzellen an der Bildung derselben beteiligt sind, während seltener solche sich finden, in denen wie bei der Staphylokokken-Impetigo die Hornschicht ziemlich rein durch den Eiter abgehoben ist.

Im allgemeinen sind, abgesehen von der oben bereits erwähnten Verhornung, Strukturveränderungen nur an den der Decke angehörenden Stachelzellen vorhanden. Es handelt sich dann um Untergang derselben und Umwandlung in Vacuolen, die mit Kernresten und eventuell Leukocyten erfüllt sind.

Die kleineren, eingesprengten Eiterherde sind zumeist allseitig von normalen, wenn auch numerisch vermehrten Stachelzellenlagen umgeben.

Der Inhalt beider Arten von Pusteln besteht vorwiegend resp. fast allein aus Leukocyten, zwischen denen reichlich körniges und fädiges Fibrin eingestreut ist, in den oberen Teilen der Impetigines auch aus Zerfallsprodukten der Stachelzellen.

Die Zahl der nachweisbaren Mitosen ist im Verhältnis zur Epithelhypertrophie verschwindend klein.

Was die Beziehung der vorhandenen Eiterblasen zu in den Schnitten nachweisbaren Haaren betrifft, so zeigt die grofse Mehrzahl der vorhandenen Impetigines entweder einen direkten Zusammenhang oder doch in der nächsten Nachbarschaft ein Haar.

Die Cutis fällt unterhalb der Teile der Epidermis, die Krotoneinwirkung erkennen lassen, durch grofsen Zellen- resp. Kernreichtum (Leukocyten-, Bindegewebs-, Mastzellenkerne) auf. Die zugehörigen Gefäfse treten sehr deutlich hervor, sind mit Leukocyten angefüllt, zumeist auch von einigen umgeben. Speziell betrifft diese Angabe die in der Nähe von Haaren befindlichen Gefäfse. Einige klaffen deutlich und sind stark erweitert.

Die Infiltration der Interlobularräume der Talgdrüsen ist hier nicht so deutlich

ausgesprochen wie bei den von der akuten Krotoneinwirkung gewonnenen Präparaten, indes betrifft sie auch hier wiederum immer die höher gelegenen Lappen.

In einem Präparat findet sich ein längsgetroffener, in eine Impetigo einmündender Knäueldrüsengang, der in seinem obersten Mündungsteile an der Anschwellung der Stachelschicht teilnimmt und beiderseits selbst von angelockten Leukocyten umgeben ist, so dafs vermutlich das Gift hier in einen Schweifsporus eingedrungen ist und von hier aus seine Wirkung auf die Leukocyten resp. Gefäfse ausgeübt hat.

b) Krotonöl verdünnt mit Oleum Olivarum, 1 : 10.

Eine Stelle hinten am Thorax wurde vier Tage hintereinander täglich je einmal früh und abends mit dem verdünnten Öl bestrichen und am fünften Tage excidiert. Innerhalb der ersten 48 Stunden zeigten sich keine Veränderungen, nach drei Tagen hingegen war die Applikationsstelle unwesentlich geschwollen, mattgerötet und mit einigen gelben, pustelartigen Erhebungen besetzt. Im weiteren Verlauf der Entzündung gewann dann die entzündliche Röte noch etwas an Extensität, beschränkte sich aber immer auf einzelne Herde, deren Mitte von einer Pustel eingenommen war. Der Grad des Ödems blieb bis zur Excision unbedeutend.

Mikroskopischer Befund: Wiederum Impetigines in der Oberhaut, die da, wo dieselben vorhanden sind, wie bei IV B, a hypertrophiert ist. Die Eiterbläschen passen sich aber hier in ihrer Form mehr der Konfiguration der Oberhaut an, sie begleiten also mehr die Unebenheiten der Haut, als dafs sie dieselben ausgleichen. Die Partien der Oberhaut, wo keine direkte, durch Blasenbildung gekennzeichnete Einwirkung des Krotonöls vorhanden ist, sind hier nicht hypertrophiert.

In den den Blasen benachbarten Keimzellenlagen finden sich vereinzelt Mitosen, deren Zahl indes in gar keinem Verhältnis steht zur Intensität der abgelaufenen Entzündung. Die Beziehung der Impetigines zu den Haaren ist auch hier wiederum nachweisbar.

Die Cutis läfst kaum Differenzen gegenüber den unter IV B, a beschriebenen, durch das reine Krotonöl bei längerer Einwirkung gesetzten Veränderungen wahrnehmen. An den Gefäfsen entlang finden sich Eiterkörper im ganzen ziemlich frei.

c) Krotonöl verdünnt mit Oleum Olivarum, 1 : 100.

Wie bei IV B, b, so wurde auch hier zweimal täglich, je einmal früh und abends, indessen fünf Tage hintereinander, das verdünnte Öl aufgetragen. Erst nach vier Tagen trat Rötung und innerhalb derselben eine papulöse Erhebung auf, klinische Erscheinungen, die auch bei der Excision am sechsten Tage nicht verändert waren.

Mikroskopischer Befund: An verschiedenen Stellen leichte Epithelschwellung und Verdickung der Hornschicht: einfache Nekrose der oberen Stachelzellenlagen, die sich mit der Hornschicht zusammen in eine Borke umgewandelt haben. Der Sitz derselben entspricht fast immer dem Ausgang von Haarbälgen. Wo die Borken fehlen, findet man dem Haarausführungsgang aufsitzend je eine typische Impetigo. Vereinzelte Mitosen.

Die der veränderten Oberhaut zugehörigen Cutispartien sind mehr oder weniger pathologisch. Die Gefäfse sind mit Leukocyten gefüllt, die teilweise einzeln, teilweise reichlicher sich auch in ihrer Umgebung finden; letzteres betrifft speziell die den Haaren zugehörigen Gefäfse.

Falls zwischen den entsprechenden Talgdrüsenlobuli eine Leukocyteninfiltration besteht, ist dieselbe nie stark ausgesprochen und läfst stets die tiefer gelegenen Lobuli frei.

Die spindelförmigen Bindegewebszellen in der Umgebung der Haarbälge sind vergröfsert.

Fassen wir jetzt die beim Hunde gewonnenen Resultate zusammen, so ruft das unverdünnte Krotonöl bei einmaliger Auftragung auf der Haut des Hundes zunächst wiederum und zwar geringe Hyperämie und Ödem bei vollständig intakter Oberhaut hervor. Die Veränderungen in der Cutis bestehen in anfänglich mäfsigen, später dichten Leukocytenansammlungen in der Umgebung der um den Follikelausführungsgang kranzförmig angeordneten Talgdrüsenläppchen, während die zugehörigen Gefäfse im Beginn nur mit reihenweise angeordneten Leukocyten angefüllt, später von Mänteln solcher umgeben sind. Hie und da finden sich dieselben auch in grofsen Anhäufungen frei im Gewebe. Am stärksten infiltriert sind die Cutispartien, wo es noch nicht zur vollständigen Entwickelung der Impetigo gekommen ist.

Das Endresultat der durch das Krotonöl hervorgerufenen Hautentzündung ist entweder eine scharf begrenzte Impetigo in der Stachelschicht oder auch eine auf eine gröfsere Strecke sich ausdehnende, flächenhafte Eiteransammlung, die sowohl in der Oberhaut als auch zwischen dieser und der Cutis ihren Sitz haben kann: Gebilde, die makroskopisch als hirsekorngrofse, mattgelbe Blasen imponieren.

Die oben bereits erwähnte Leukocyteninfiltration in der Umgebung der oberen Talgdrüsenläppchen läfst wohl die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dafs dem Haartrichter und seinen drüsigen Anhängen ein wesentlicher Anteil an der Entwickelung der Krotonentzündung beim Hunde zugesprochen werden mufs. In der That läfst sich denn auch stets ein direkter Zusammenhang der Pusteln mit einem Haar oder doch wenigstens in deren nächster Umgebung ein solches nachweisen. Bisweilen kann man auch successive beobachten, wie der Prozefs vom Haartrichter seinen Ausgang nimmt, die Stachelschicht desselben impetiginös verändert und seine Fortsetzung und seinen Ausgang schliefslich in einer Impetigo der Stachelschicht findet.

Proliferative Vorgänge fehlen bei der akuten Krotonentzündung in der Oberhaut und Cutis gänzlich, falls es zur Pustulation kommt; bleibt diese aus, so reagiert die Oberhaut durch Mitosenbildung (Prot. IV, A, e). Vielleicht ist die Existenz derselben, da eine einfache Wallungshyperämie zu ihrem Zustandekommen allein nicht genügt, durch die längere Dauer derselben zu erklären, vielleicht ist sie auch als der Ausdruck einer Reaktion der Haut gegen die Intoxikation zu deuten, die zur Eiterblasenbildung nicht genügend stark war.

Eine gesonderte Besprechung erfordern die bei längerer Einwirkung des Krotonöls auftretenden Erscheinungen, und es dürfte zweckmäfsig sein, mit den durch die schwächste Koncentration des Öles (1 : 100 Oleum Olivarum) bedingten Hautveränderungen zu beginnen.

Wenn auch erst nach viertägigem Einflusse des Giftes, so kommt es

doch auch hier makroskopisch — immerhin allerdings in bescheidenen Grenzen — zu Hyperämie, Ödem und papulösen Erhebungen. Nach den histologischen Befunden lassen sich verschiedene Grade der Wirkung unterscheiden: 1. eine leichte Zellenreizung derart, dafs die in der Umgebung der Haarbälge gelegenen spindelförmigen Bindegewebszellen sich etwas vergröfsern und die Oberhautepithelien verbreitert erscheinen, anschwellen; 2. eine oberflächliche Epithelnekrose, die sich äufsert durch Bildung einer dem Ausführungsgang des Haarbalges aufsitzenden Kruste; 3. eine typische Oberhaut-Impetigo, welche dann die Stelle der Kruste einnimmt.

Die durch das reine Krotonöl bei längerer Einwirkung hervorgerufenen wesentlichsten Veränderungen sind einmal Hypertrophie der Oberhaut, sodann in derselben reichlich gröfsere und kleinere Impetigines, deren Form und Ausdehnung dafür spricht, dafs bei ihrer Entwickelung ein starker Druck resp. eine grofse Gewalt zur Geltung gekommen ist, während bei der Koncentration von $^1/_{10}$ Oleum Olivarum die Pusteln in ihrem Aufbau und ihrer Gestalt sich mehr der Konfiguration der normalen Haut anpassen: wohl die einzige Differenz der beiden in Frage kommenden Koncentrationen bezüglich ihrer Äufserungsweise. Diese Thatsache ist wohl allein durch eine geringere Intensität der Entzündung zu erklären.

Abgesehen von der makroskopischen Wahrnehmung, dafs nur bis zu einer gewissen Zeit das Krotonöl wirksam ist, von da ab also die Entzündung trotz fortgesetzter Applikation sich nicht mehr steigert, beweisen die histologischen Befunde, dafs der Höhepunkt der Irritation bereits in den ersten Tagen der Giftwirkung überschritten sein mufs, da einmal die Zahl der vorhandenen Mitosen in gar keinem Verhältnis steht zu der nachweisbaren Epithelhypertrophie und der Intensität der abgelaufenen Entzündung, sodann die eventuell an der Decke der Pusteln liegenden Stachelzellen bereits Übergänge zur Verhornung aufweisen. Der letzt erwähnte Typus, dafs einige Lagen von Stachelzellen sich an der Bildung der Blasendecke beteiligen, ist der häufigere, während Eiterbläschen, bei denen so wie bei der Staphylokokken-Impetigo nur die Hornschicht rein durch die Eiterkörper abgehoben ist, seltener zur Beobachtung kommen.

Wenn also auch makroskopisch die wiederholte Applikation des Krotonöls keine Steigerung des Effektes, die von Bedeutung wäre, bedingt, so ist doch die Epithelhypertrophie, ein allein der chronischen Krotonwirkung zukommendes Merkmal, als solche aufzufassen.

Die a priori sehr wahrscheinlich erscheinende Annahme, die Cutis bei längerem Bestande der Entzündung gegenüber der akuten Krotonwirkung wesentlich stärker verändert zu finden, bestätigt sich nicht. Allerdings weist dieselbe bei fortgesetzter Touchierung mit reinem Krotonöl grofsen Kernreichtum, bedingt durch Leukocyten, Bindegewebs- und Mast-

zellen auf, im übrigen gleichen jedoch die pathologischen Erscheinungen denen, welche wir bei akuter Krotonentzündung und bei den durch schwächere Koncentrationen des Öles hervorgerufenen Dermatitiden zu beobachten Gelegenheit haben.

Wie bei der Entwickelung der akuten, so spielen auch bei der chronischen Krotonentzündung die Haare und ihre drüsigen Anhangsgebilde eine wesentliche Rolle; indessen liegt nach unsern Befunden auch die Möglichkeit vor, dafs der Schweifsporus dem Gifte als Eingangspforte dienen und dasselbe von hier aus seine Wirkung entfalten kann.

V. Mensch.

Während uns beim Tier eine unbegrenzte Zahl von Versuchsobjekten zur Verfügung stand, mufsten wir uns beim Menschen mit einigen wenigen Untersuchungen bescheiden und wegen der, wie wir weiter unten zeigen werden, vorhandenen Möglichkeit, eine länger dauernde, schwerere Entzündung hervorzurufen, davon absehen, mehrere Tage hintereinander die gleiche Stelle mit dem Öl zu behandeln. Unsere Beobachtungen am Menschen beziehen sich daher nur auf die akute Krotonentzündung.

Im ganzen experimentierten wir an drei Männern und zwar benutzten wir immer die Beugeseite des Vorderarmes als Applikationsstelle. Da einige Versuche, mit einmaligem Betupfen auszukommen, fehlschlugen, so bestrichen wir innerhalb 20 Minuten eine etwa Fünfpfennigstück grofse Stelle viermal mit Krotonöl und beobachteten bei öfterer Wiederholung immer folgenden Verlauf: Nach kürzerer oder längerer Zeit, im allgemeinen nach etwa zwei Stunden, treten unter Prickeln und Jucken zunächst einige kleinere oder gröfsere, nicht scharf umschriebene, minimal gerötete, etwa sagokorngrofse Stellen auf, die hie und da mit feinen in die Umgebung ausstrahlenden Ausläufern versehen sind. Aus diesen erythematösen Gebilden entstehen allmählich rote, deutlich mit dem Finger fühlbare Papeln, während gleichzeitig neue, den erst beschriebenen Gebilden gleichende Flecken auftreten. Die Papeln wandeln sich bald in Bläschen um, während an anderen Stellen die ersten Wirkungen des Giftes in Erscheinung treten. Im allgemeinen genügen vier Stunden zur vollen Entfaltung der Krotonwirkung, und wenn man auch, wie wir es thaten, selbst 30 Stunden nach der Applikation zur Excision schreitet, so erhält man doch immer nur dieselben Resultate wie schon nach 4—6stündiger Einwirkung des Giftes.

Da wir bei unseren Versuchen mit einmaligem Touchieren die Wahrnehmung machten, dafs der aufgetragene Tropfen immer sehr schnell verschwand, ohne dafs ein Effekt zu verzeichnen war, so entfetteten wir bei Parallelversuchen die betreffende Stelle zunächst mit Äther-Alkohol und beobachteten, dafs der aufgetragene Tropfen zunächst vollkommen

lokal blieb, nach Verlauf von etwa 15 Minuten jedoch unter Verteilung in einzelne kleine Tröpfchen sich auszubreiten und zu verschwinden begann. Es ist daher wohl als wahrscheinlich anzunehmen, dafs unter normalen Verhältnissen eine Vermischung des Öles mit dem Schweifs oder Hauttalg eintritt und so die Resorption erfolgt, eine Beobachtung, die, wie wir nachträglich konstatierten, den obigen Angaben HARNACKS entspricht.

Von einer wiederholten Anwendung des reinen Öles sahen wir vor allem aus dem Grunde ab, weil wir gleich im Beginn unserer Experimente an uns selbst eine sehr unliebsame Erfahrung machten: trotz peinlichster Asepsis trat nach Excision einer der behandelten Stellen eine sehr schwere, an Erysipel erinnernde Entzündung an dem betreffenden Vorderarme auf. Es ist wohl anzunehmen, dafs etwas von dem in die Haut eingedrungenen Öl in die Wunde gekommen war. Jedenfalls waren während der 14 Tage, welche dann die Wunde unter aseptischen Verbänden zu ihrer Heilung bedurfte, keine Mikroorganismen nachzuweisen. Ebensowenig traten anderweite lokale Störungen auf.

Um die bei der grofsen Übereinstimmung und Gleichartigkeit der erhobenen Befunde unvermeidlichen Wiederholungen zu umgehen, wollen wir uns darauf beschränken, die Resultate unserer Untersuchungen mitzuteilen. Wir halten uns dabei an die von UNNA in seiner *Histopathologie der Haut* auf Grund unserer Präparate und Angaben gelieferte Beschreibung.

Der makroskopisch sichtbaren Papel entspricht im mikroskopischen Bilde immer eine Anschwellung der Umgebung des Lanugohaares und seiner Talgdrüse. Das Oberhautepithel ist dabei wenig oder gar nicht verändert, hingegen sind die Bindegewebszellen des Haarfollikels und seiner nächsten Umgebung bedeutend vermehrt und bedingen eine aus kleinen, mit grofsen Kernen versehenen Spindelzellen bestehende, perifollikuläre Infiltration. Gleichzeitig beginnt eine nach dem Follikelhalse gerichtete Emigration von Leukocyten, die zunächst einzeln, dann in gröfserer Menge das Epithel des Haarbalges durchsetzen. So wandelt sich die Papel in eine Pustel um, welche das Haar koncentrisch umgiebt und vorerst den oberen Teil des Follikelhalses einnimmt. Unter Emporwölbung der den Follikel bedeckenden Hornschicht und Abwärtsdrängung der Stachelschicht entsteht dann eine suprafollikuläre und bei gröfserer Ausdehnung endofollikuläre Impetigo.

Auf dem Höhepunkt der Pustulation finden sich auch in der weiteren Umgebung des Abscefsherdes Leukocyten, welche die Cutis durchsetzen; immerhin erscheint ihre Wanderung resp. die Richtung ihres Zuges nach dem Follikelausführungsgang gerichtet.

Degenerative und proliferative Vorgänge fehlen in der Oberhaut in

jedem Stadium der Entzündung; ebensowenig zeichnet sich die Cutis durch vermehrte Mastzellen oder das Auftreten von Plasmazellen aus.

Einige Befunde sprechen dafür, daſs auch die Knäueldrüsen die Eingangspforte für das Krotonöl bilden können.

Zum Schluſs unserer Mitteilungen wollen wir noch einmal die wesentlichsten Punkte aus unseren Beobachtungen kurz zusammenfassen und an der Hand unserer Resultate uns ein Bild von der Wirkungsweise des Krotonöls zu entwerfen versuchen. Hierbei wird es unumgänglich notwendig sein, bisweilen auch anderweitige an anderen Applikationsstellen mit dem Krotonöl gewonnene Erfahrungen sowie einige Fragen aus der Entzündungslehre in den Bereich unserer Betrachtung mit einzubeziehen.

Wie wir bereits oben ausführten, bilden das Meerschwein, das Kaninchen und die Katze eine, der Hund und der Mensch eine andere Gruppe von Versuchsobjekten, die unter gemeinsamen Gesichtspunkten zu betrachten sind.

Wenn wir uns auf das Wesentlichste beschränken, so bedingt das reine Krotonöl bei der ersten Gruppe nach voraufgegangener Hyperämie und Ödem bei intaktem Oberhautepithel primär eine seröseitrige Entzündung der Cutis und führt sekundär eine Exsudation in die Oberhaut herbei, deren Endresultat eine serös-fibrinöse, in der Oberhaut oder zwischen ihr und Cutis gelegene Blase ist. Dieselbe ist und bleibt beim Kaninchen und der Katze in allen Stadien frei von Leukocyten, enthält dieselben hingegen beim Meerschwein im unteren Teil.

Bei dem Kaninchen und der Katze läſst die Leukocyteninfiltration, obwohl sie zunächst auch ebenso wie beim Meerschwein im Niveau und der Umgebung der Haare auftritt, selbst in den späteren Stadien, wo sie einen ganz diffusen Charakter angenommen hat, das Follikelepithel frei, wahrt also dauernd den perifollikulären Charakter, während sie beim Meerschwein gleichzeitig auch und zwar schon im frühesten Entzündungsstadium endofollikulär ist und schlieſslich in einem Follikularabceſs ihren Ausgang nimmt.

Durch diese direkte Beteiligung des Follikelepithels wird eine nahe Beziehung der Krotondermatitis des Meerschweines zu dem Entzündungsverlauf, wie wir ihn beim Hund und Menschen beobachten, geschaffen. Bei diesen ist der Charakter der Entzündung stets ein rein eitriger; wir haben in keinem Entzündungsstadium Gelegenheit, eine seröse oder in Eiterung übergehende seröse Blase zu beobachten.

Beim Hund ist das Endresultat immer eine scharf begrenzte Eiterblase in der Stachelschicht oder eine gröſsere, flächenhafte Eiteransammlung in der Oberhaut oder zwischen ihr und der Cutis. Bei länger dauernder Einwirkung des Giftes tritt immer wieder der rein eiterige Charakter der Entzündung in den Vordergrund neben regressiven Ernährungsstörungen

bei sehr schwachen und progressiven Ernährungsstörungen bei stärkeren Konzentrationen.

Der Endeffekt der Krotonentzündung beim Menschen ist, kurz zusammengefaßt, eine suprafollikuläre, bei größerer Ausdehnung endofollikuläre Impetigo.

Sowohl die oben angeführte klinische Erfahrung, als auch die gesamten histologischen Befunde weisen darauf hin, daß mit großer Wahrscheinlichkeit das auf die Haut aufgetragene Krotonöl in die Follikel eindringt und von diesen, sowie den ihr angehörigen Talgdrüsen aus — begünstigt durch die eigentümliche Gefäßanordnung in der Umgebung der Follikel — seine Wirksamkeit entfaltet; indessen machen einige beim Menschen und Hund erhobene, mikroskopische Befunde es wahrscheinlich, daß auch der Schweißporus dem Gifte als Eingangspforte dienen kann. In welcher Weise wir uns dann die weitere Entwickelung der Krotonwirkung wohl vorzustellen haben, wollen wir noch des Näheren erörtern.

Bei einem Versuch, durch Aneinanderreihen der zeitlich aufeinander folgenden histologischen Bilder den Gang der Krotonentzündung zu deuten, fällt uns von Anfang an die Leukocytose auf und nimmt dauernd unser Hauptinteresse in Anspruch; beim Kaninchen steht sie derart im Vordergrund der gesamten Erscheinungen, daß wir auf ihre Genese resp. auf die Theorien bezüglich ihrer Entstehung kurz eingehen müssen.

Bekanntlich stellte Cohnheim unter anderem speziell auf Grund seiner Krotonversuche am Kaninchenohr die Hypothese auf, daß unter der Einwirkung entzündungserregender Agentien die Gefäßwandungen Störungen ihrer Integrität erfahren, ohne daß indes morphologische Strukturveränderungen nachweisbar zu sein brauchten. Er sagt: „Die bei dieser Krotonentzündung gewonnenen Erfahrungen reichen hin, um darzuthun, daß zu der Entwickelung eines typischen, sogar sehr intensiven Entzündungsprozesses eine sofort auf die Applikationsstelle des Entzündungsreizes eintretende Gefäßerweiterung und Wallungshyperämie nicht gehört, daß vielmehr, wenn der anatomische Bau des mit Krotonöl touchierten Körperteiles derart ist, daß das Öl nicht sogleich, sondern nur langsam und allmählich zu den Gefäßen gelangen kann, daß dann die Dilatation und Hyperämie und vollends die weiteren Vorgänge sich nur langsam ausbilden. Hierin liegt die beste Stütze für unsere Auffassung des ganzen Prozesses als einer Alteration der Gefäßwände."

Wenn auch in dem seit der Publikation der Cohnheimschen Experimente verflossenen Vierteljahrhundert das in Frage kommende Gebiet Gegenstand zahlreicher Bearbeitungen geworden ist, so war es doch bisher nicht möglich, alle vorhandenen Differenzpunkte in einer für alle Fälle und alle Autoren gleich befriedigenden Weise aufzuklären.

Von allen seit Cohnheims Zeiten gemachten Beobachtungen und den

im Anschlufs daran aufgestellten Theorien hat — nicht als ein Ersatz einer der bestehenden Theorien, sondern als eine notwendige Ergänzung derselben — wohl am meisten zur Förderung und Klärung unserer Anschauungen über entzündliche Vorgänge die Einführung des Begriffes der Chemotaxis beigetragen, der Lehre, die sich gründet auf die Erfahrung, dafs gewissen gelösten chemischen Substanzen ein ausgesprochenes Attraktionsvermögen auf Elementarorganismen und speziell auf Leukocyten zukommt. Die letzteren haben nicht nur die Fähigkeit, nach der Richtung der stärkeren Koncentration der chemischen Agentien angelockt zu wandern, sondern sie können auch durch dieselben abgestofsen werden.

Leber[7], dessen Arbeiten den Hauptanteil an der Begründung und dem Ausbau dieser Theorien ausmachen, glaubt, dafs die Chemotaxis den wesentlichsten Faktor der Auswanderung darstellt; er nimmt an, dafs nicht nur die Richtung der Leukocyten durch dieselbe bestimmt, sondern auch deren Auswanderung aus den Gefäfsen dadurch beeinflufst wird.

Dieser Anschauung gegenüber vertritt Ziegler[8] den Standpunkt, dafs durch die Chemotaxis die Auswanderung der Leukocyten allerdings begünstigt und das Ziel ihrer Wanderung bestimmt wird, im übrigen aber dient nach seiner Ansicht auch heute noch am besten zur Erklärung der Ursache der Cirkulationsstörungen und der exsudativen Vorgänge die Samuel-Cohnheimsche Theorie von der molekularen Alteration der Gefäfswände.

Wenn wir nach dieser Exkursion zu unseren Versuchsprotokollen zurückkehren und versuchen, auf Grund derselben uns die Wirksamkeit des Krotonöls zu erklären, so liegt es wohl am nächsten, mit den einfachsten histologischen Befunden: denen beim Menschen und Hund zu beginnen. Dieselben sind in durchaus ungezwungener Weise mit Hülfe der Chemotaxis zu erklären. Das Gift dringt in die Follikel ein und macht von hier aus seinen Einfluſs geltend. Das Innere des Follikels stellt den Mittelpunkt des gesamten Entzündungsprozesses dar; hier befindet sich das chemische Agens, dessen chemotaktische Wirkung eine nach dem Follikelhalse gerichtete Emigration von Leukocyten bedingt, die zunächst einzeln, dann in gröfserer Menge das Epithel des Haarbalges durchsetzen und allmählich zur supra- resp. endofollikulären Impetigo führen. Die Zellen der Oberhaut sind — abgesehen von mechanischen Verwerfungen — weder degenerativ noch proliferativ in nachweisbarer Weise beteiligt. Immerhin mufs man doch wohl auch hier annehmen, dafs zunächst etwas

---

[7] Th. Leber, *Die Entstehung der Entzündung* u. s. w. Leipzig 1891. Wilhelm Engelmann. (Ausführliche Litteraturangaben über Chemotaxis.)

[8] Historisches und Kritisches über die Lehre von der Entzündung. Von Dr. Ernst Ziegler. *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path.* Bd. XII. pag. 171 ff. — Artikel „Entzündung". *Eulenburgs Real-Encyklopädie.* Lfg. 61 u. 62. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

von dem in die Follikel eingedrungenen Öl in dem perifollikulären Bindegewebe sich verteilt, dort die Zellen- und Gefäfsreizung hervorruft und so den Anlafs zur Bildung der hyperämischen resp. ödematösen Papel, der Vorgängerin der Pustel, giebt.

Die Befunde beim Hund lassen sich in der gleichen Weise deuten. Die Beschränkung der Leukocyteninfiltration auf die oberen, kranzförmig um den Follikelausführungsgang gruppierten Talgdrüsenläppchen und die Beteiligung der zugehörigen Gefäfse weisen wiederum auf die Bedeutung hin, die den Follikeln bei der Entwickelung der Entzündung zukommt.

Wenn man auch beim Menschen und Hund, ohne sich dabei auf gezwungene, theoretische Erörterungen einzulassen, imstande wäre, mit Hülfe der Chemotaxis allein das Endresultat: die Impetigo zu erklären, so würde man doch bei den übrigen Versuchsobjekten auf grofse Schwierigkeiten stofsen. Allerdings spricht ja die primäre teils peri-, teils peri- und endofollikuläre Leukocyteninfiltration wiederum aufserordentlich für die Annahme, dafs chemotaktische Einflüsse hier zur Geltung gekommen sind, immerhin mufs man doch für die weitere Entwickelung der Krotonentzündung andere Faktoren als wirksam annehmen: Die sekundäre Blasenbildung ist das Produkt einer echten Cohnheimschen Entzündung, die Blase ist eine Verdrängungsblase im wahrsten Sinne des Wortes. Einzig und allein durch eine Cohnheimsche Entzündung ist auch die weitere Thatsache zu erklären, dafs nicht allein die mit dem Öl touchierte Ohrseite blasig degeneriert, sondern auch die korrespondierende, nicht mit dem Gift in Berührung gekommene Partie Cutisveränderungen, Leukocytose, ja auch Blasenbildung aufweist.

Vergleicht man die Leberschen Krotonversuche am Auge mit unseren Resultaten, so fordern einige Beobachtungen, speziell beim Kaninchen, zu einer Parallele auf, und man könnte, falls man nicht die frühesten Entzündungsstadien gesehen hätte, diese Befunde sehr wohl auch wiederum durch reine Chemotaxis zu erklären sich veranlafst sehen. Selbstredend sind wir uns bewufst, dafs wegen der Verschiedenartigkeit der Gewebe, an denen dort und bei uns experimentiert wurde, eine direkte Übertragung der Leberschen Beobachtungen auf unsere Versuche nicht denkbar ist, zumal es ja hinlänglich bekannt ist, dafs die Wirkung chemischer Substanzen grundverschieden ausfallen kann, nicht nur je nach dem Orte, auf den sie direkt einwirken, sondern auch bei der gleichen Applikationsstelle je nach der Tierklasse.

Bekanntlich konstatierte Leber bei Injektion eines durch Erhitzen sterilisierten Tröpfchens Krotonöl in die vordere Augenkammer, also bei direkter Berührung der Substanz mit dem Gewebe, lokale Nekrose derart, dafs es zu einer Ansammlung von Leukocyten in der Nähe des Öles nicht kommen konnte, und erklärt diese Erscheinung mit der Annahme,

„dafs die in der direkten Wirkungszone des Krotonöls auftretende Nekrose auch die Gefäfse beteiligt, so dafs hier von Cirkulation, Exsudation und Emigration nicht mehr die Rede sein kann.“ Nahm er schwächere Konzentrationen des Öles, so rückten die Leukocyten viel näher und unmittelbarer an den Ort der Schädlichkeit heran.

Wir sahen oben (vergl. Kaninchen), dafs beim Kaninchen die Leukocyteninfiltration der Cutis, sobald sie den perifollikulären Charakter verloren und eine diffuse Ausdehnung angenommen hat, immer auf die mittlere Cutispartie beschränkt ist, während zwischen ihr und der Oberhaut dauernd eine leukocytenfreie Zone bestehen bleibt.

Dieser Befund legt es — entgegen unserer bereits oben ausgeführten Anschauung — nahe, sich vorzustellen, das Krotonöl übe von der Oberhaut aus eine Fernwirkung auf die Leukocyten in der Cutis aus und locke sie zunächst bis zu einer gewissen Grenze heran, an der sie dann infolge Lähmung liegen blieben. Zu Gunsten dieser Annahme spricht auch noch die Thatsache, dafs je geringer die Blasenentwickelung, also je mehr man sich von der Applikationsstelle entfernt, desto näher der Leukocytenwall an die Oberhaut heranrückt. Vielleicht hätten einige Versuche mit schwächeren Konzentrationen des Öles beim Kaninchen in dieser Richtung einige Aufschlüsse geben können.

Wie bereits erwähnt, messen wir diesen Befunden keine wesentliche Bedeutung bei; immerhin erschien uns doch diese grofse Ähnlichkeit mit den Leberschen Angaben erwähnenswert. Desgleichen wollen wir nicht unterlassen, hier auf die Samuelschen[9] Versuche, die eine gewisse Krotonimmunität nach überstandener Krotonentzündung ergaben, hinzuweisen. Dieselbe beruht wohl zweifellos auf einer für eine gewisse Zeit aufser Kurs gesetzten Reaktionsfähigkeit der Gefäfse, und auf diese ist nach unserer Ansicht auch die — unter den pharmakologischen Angaben auch von Husemann erwähnte — angebliche Thatsache zurückzuführen, dafs wiederholte Applikation des Krotonöls an der gleichen Stelle den Effekt nicht steigere. Wir haben oben (vergl. Hund) bereits ausgeführt, dafs diese Behauptung nur relativ richtig ist, insofern als neben der Hauptwirkung des Öls: der Impetigobildung auch noch eine Epithelhypertrophie zustande kommt, ein Befund, der nach unseren Untersuchungen nur der fortgesetzten Krotonwirkung eigen ist.

Wir sind am Ende. Ohne uns dem Vorwurfe des Theoretisierens aussetzen zu müssen, glauben wir zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dafs unsere Versuche am Menschen und Hund sehr für die Chemotaxis sprechen, speziell insofern, als das Ziel der Auswanderung der Leukocyten durch sie bestimmt wird. Ob und mit welchen Veränderungen die Ge-

[9] S. Samuel, Über eine Art von Immunität nach überstandener Krotonentzündung. *Virchows Archiv.* Bd. 127. Hft. 3. pag. 467.

fäße dabei beteiligt sind, wollen wir, da Alterationen an ihnen nicht nachzuweisen waren, unerörtert lassen. Die übrigen Resultate sind jedenfalls ohne die Samuel-Cohnheimsche Theorie nicht zu erklären. Wenn wir daher uns ein Bild von der Wirkungsweise des Krotonöls entwerfen wollen, so müssen wir sagen: Die Krotondermatitis ist entstanden zu denken durch eine Kombination von chemotaktischer Wirkung des Öls und einer durch dasselbe hervorgerufenen Entzündung im Samuel-Cohnheimschen Sinne.

Die vorliegende Arbeit bildet die Fortsetzung der in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVII erschienenen Publikation und enthält den Abschluſs von Experimenten, die im Jahre 1891/92 vom Verfasser im Unnaschen Laboratorium angestellt wurden. Die Gründe für das späte Erscheinen liegen auf Seiten des Verfassers, der dem Herausgeber für die geleistete Unterstützung und die liebenswürdige Rücksichtnahme zu aufrichtigem Dank verpflichtet ist.

Aus der Praxis.

Die beste Form der Quecksilberschmierkur.

Von

P. G. Unna.

Zu den mit Unrecht von der heutigen Praxis vernachlässigten Präparaten gehört die Quecksilbersalbenseife, deren ich mich seit 1884 ausschlieſslich zur Schmierkur gegen Syphilis bediene. Ich entnehme dieses aus dem Stillschweigen der neueren Lehrbücher über jene vorzügliche, 1886 von mir angegebene Methode,[1] welche nach meiner Ansicht alle anderen Methoden der Schmierkur in jeder Hinsicht weit übertrifft und eigentlich längst verdrängt haben sollte. Nur Leistikow in seinem neuen Lehrbuche[2] bespricht dieselbe, wie er sich denn auch selbst ausschlieſslich dieser Form der Quecksilbereinverleibung bei der Schmierkur bedient. Sonst erwähnt sie noch Kopp[3] neben den Quecksilberseifen von

[1] Unna, Medizinische überfettete Kaliseifen (Salbenseifen). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. Bd. V, pag. 348.
[2] Leistikow, *Therapie der Hautkrankheiten.* 1897.
[3] Kopp, *Lehrbuch der vener. Krankheiten.* 1889. pag. 494.

Oberländer und Schuster und zwar lobend wegen ihres Gehaltes an unverseiftem Fett. Aber die Anwendung beschreibt er zu umständlich; die eingeschäumten Partien sollen mit Pergamentpapier bedeckt, nach 24 Stunden abgewaschen und eingepudert werden. Und mit der Wirkung ist er auch nicht recht zufrieden: — „Andererseits schien mir aber doch die Wirkung eine weniger intensive zu sein“ — und schlägt daher zur Ausgleichung vor, eine gröfsere Menge der Seife im Verhältnis zur grauen Salbe anzuwenden. Ich kann mir dieses Urteil nur so erklären, dafs Kopp persönliche Erfahrungen, welche er mit den Quecksilbernatron-Stückseifen gemacht, auf die Quecksilberseifen überhaupt und damit auch auf die von mir angegebene Quecksilber-Schmalz-Kali-Seife überträgt. Für die letztere besteht aber gerade das Gegenteil zu Recht; sie ist wirksamer und mufs in kleinerer Dosis angewandt werden als die graue Salbe.

Endlich erwähnt sie noch von Düring:[4] „Die Quecksilberseife, in verschiedenen Präparaten empfohlen, eignet sich für eine wirkliche Inunktionskur nicht wegen ihrer reizenden Eigenschaften, die allen Präparaten zukommen, wie ich aus Erfahrung sagen kann. Dagegen kann sie grofse Dienste leisten in Fällen, wo man eine derbe, undurchgängige Haut vor sich hat, z. B. bei papulösen Recidiven der Handteller und Fufssohlen.“ Dieses Urteil kann ich ebenfalls nicht unterschreiben. In den 14 Jahren, dafs ich die Schmierkuren mit der überfetteten grauen Kaliseife vornehmen lasse, habe ich niemals stärkere „Reizungen“ gesehen; ebensowenig kann sich Herr Dr. Leistikow solcher „Reizungen“ erinnern. Wenn darunter eine gewisse Sprödigkeit, diffuse Rötung und Abschuppung der Haut verstanden werden soll, wie sie nach Seifenkuren im allgemeinen auftreten, so mufs betont werden, dafs diese bei Anwendung meiner überfetteten Kaliseife eben nicht vorkommen; versteht aber von Düring hierunter jene follikuläre Quecksilberdermatitis, wie sie bei einigen Personen nach Anwendung der grauen Salbe besonders an den Beugestellen auftritt, so mufs ich sagen, dafs gerade einer der Vorzüge meiner grauen Seife im Gegensatz zur grauen Salbe darin besteht, dafs diese Form der Dermatitis auch bei Einreibungen in den Beugestellen (Pubes, Axillae, Inguinalgegend, Aftergegend) nicht zur Entwickelung gelangt. Nur sehr selten bei stark behaarten Personen sieht man hin und wieder eine schwache follikuläre Hyperämie, die aber, ohne dafs die Seife abgewaschen wird, in den folgenden Tagen, wo die Region frei bleibt, regelmäfsig von selbst vergeht, sodafs beim nächsten Cyklus dieselbe Region wieder eingeseift werden kann.

Meine „graue Seife“ (Sapo cinereus) enthält, wie alle Salbenseifen, einen aus Kalilauge und Schmalz gekochten und mit 5% benzoiniertem

---

[4] von Düring, *Klinische Vorlesungen über Syphilis.* 1895. pag. 256.

Schmalz überfetteten Seifenkörper, welchem 1/8 seines Gewichtes an Quecksilber inkorporiert wird. (Näheres s. meine Arbeit über Salbenseifen, *diese Zeitschr.* 1886. Bd. V, pag. 348.) Für eine kräftige Schmierkur Erwachsener werden täglich 3,0—4,0 g eingerieben, für schwächere Kuren entsprechend weniger (1—3 g). 4 g der grauen Seife entsprechen in ihrer Wirkung ungefähr 6 g der grauen Salbe, eine Angabe, die natürlich nur auf einer Schätzung nach den gewohnten Heilresultaten vor und nach Einführung der grauen Seife beruht und keinen Anspruch auf Genauigkeit macht. Jedenfalls aber wirkt die graue Seife rascher und stärker.

Die Einreibung geschieht mit der nackten oder behandschuhten Hand, indem zunächst die Seifensalbe auf der gewählten Region (z. B. I r. Bein, II l. Bein, III r. Arm mit Schulter, IV l. Arm mit Schulter, V Rücken, VI Brust und Bauch, VII Bad) leicht eingerieben und dann durch Verreiben mit der in heifses Wasser getauchten Hand verschäumt wird. Das Eintauchen der Hand mufs 4—5 mal während des Reibens wiederholt werden. Nach 10 Minuten, bei sehr fetter Haut höchstens nach 15 Minuten ist die maximale Quantität von 4 g vollständig der Hornschicht einverleibt und trocken gerieben, sodafs nur ein leichter grauer Schimmer die eingeriebene Region von der übrigen Haut unterscheiden läfst. Dieser trockene und reinliche Seifenüberzug bleibt bis zum Bade am Ende des Wochencyklus auf der Haut sitzen; er beschmutzt die Wäsche nicht merklich.

Die wesentlichen Vorzüge dieser in der Praxis von Herrn Dr. Leistikow und mir an reichlich 4000 Patienten erprobten Form der Schmierkur vor der gebräuchlichen mit grauer Salbe liegen meines Erachtens in folgenden Punkten:

1. Sie ist für den Patienten viel angenehmer und bequemer. Ich stelle paradoxer Weise dieses Moment voraus, denn nach meiner über zwanzigjährigen Erfahrung erfreuen sich einer dauernden Beliebtheit auch die besten Heilmittel nur dann, wenn sie zugleich möglichst jucunde wirken. Mafsgebend in dieser Beziehung sind ja nur die Patienten, welche die gewöhnliche Schmierkur aus Erfahrung kennen. Sie sind regelmäfsig sehr angenehm überrascht durch den vorteilhaften Ersatz mittelst der Seifenschmierkur und nie habe ich es erlebt, dafs ein Patient die erstere bei Wiederholungen zurückgewünscht hätte. Dieser Umstand beruht einerseits auf der bei weitem gröfseren Reinlichkeit, sodann auf dem Gefühl der Trockenheit nach dem Einreiben und auf dem Fehlen des oft sehr unangenehmen Fettgeruches der grauen Salbe.

Für den Arzt andererseits kommt in Betracht, dafs dieselbe:

2. sehr energisch alle syphilitischen Erscheinungen beseitigt und an Energie der Wirkung jeder Form der grauen Salbe ebenbürtig, an Schnelligkeit der Wirkung überlegen ist,

3. dafs die graue Seife bei sehr fettiger Haut allein sich gut

einreiben läfst, während bei solchen Patienten die graue Salbe auch durch sehr langes Reiben der Hornschicht nicht einverleibt werden kann,

4. dafs die graue Seife jeden abschwächenden und modifizierenden Zusatz verträgt. Wo eine gröfsere Quantität ohne stärkere Quecksilberwirkung eingerieben werden soll, pafst eine Verdünnung der grauen Seife mit gewöhnlicher Salbenseife (Sapo unguinosus) [über andere Zusätze s. u. 6],

5. dafs die graue Seife viel energischer und sicherer tiefliegende, lokale syphilitische Prozesse beseitigt als die graue Salbe. Daher ist sie ganz besonders bei Drüsentumoren und Knochenaffektionen indiziert,

6. dafs die graue Seife als Zusatz zu einer ganzen Anzahl von anderen Präparaten bei der Lokalbehandlung gewisser hartnäckiger Dermatosen gute Dienste leistet, so beispielsweise mit Pasta Zinci oder Ung. Zinci in verschiedenen Verhältnissen gemischt bei Neurosyphiliden, Lichen planus, Akne, inveterierten Ekzemen, Koincidenz von Ekzemen und Syphiliden u. s. f.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (VI. Teil).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Von allen übrigen Krankheiten des Penis scheint mir im Altertum der „Cancer“ am meisten gefürchtet gewesen zu sein und deckt sich derselbe wohl mit unserem Carcinom. „Derselbe wird erkannt“, sagt Celsus im 27. Kap. des siebenten Buches auf Seite 294, „wenn aus der Wunde und aus der Rute selbst ein Ausflufs hervorkommt, von eitrig-schleimiger Beschaffenheit, von schlechtem Geruch, dem geronnene Blutklümpchen und zarte, Wollfäden ähnliche Fleischstückchen beigemengt sind. Die Wundränder sind trocken. Die Leistendrüsen sind schmerzhaft. Das Fieber ist kontinuierlich, steigt aber nachts an. Schüttelfröste sind häufige Begleiter.“ „Wenn aber der Cancer“, so heifst es im 18. Kap. des

sechsten Buches (pag. 240), „den Penis selbst befallen hat, so sind Ätzmittel anzuwenden, besonders eine Mischung von Kalk, Kupfervitriol und Auripigment. Versagen die Arzneien, so ist alles Krankhafte bis ins gesunde Gewebe hinein abzutragen.“ Nachher verschorft Celsus sofort mit dem Glüheisen die Wundränder. Während der Nachbehandlung sind besondere Vorkehrungen zu treffen, damit keine Nachblutung eintritt. Natürlich sind Prozesse infektiöser Natur, wie Ulcus molle und Blennorrhoe nicht mit Sicherheit auszuschliefsen, da eine Reihe obiger Symptome auch auf eine vernachlässigte Sexualerkrankung pafst.

Im Anschlufs an den Cancer bespricht Celsus den Karbunkel am Penis. Derselbe unterscheidet sich weder in klinischer noch in therapeutischer Hinsicht vom Karbunkel an anderen Körperteilen. Erwähnenswert ist nur, dafs er eine möglichst frühzeitige Abortivbehandlung für wünschenswert hält (Lib. VI, Kap. 18, pag. 241).

Die Varicocele scheint zur Zeit des Celsus eine ebenso häufige Krankheitserscheinung gewesen zu sein wie heutzutage. Er kennt nur eine chirurgische Behandlung durch Umstechen oder Unterbinden der Venen. Immerhin scheint ihm die Gefahr der radikalen Operation im Vergleich zu den geringen Beschwerden, welche dieses Leiden verursacht, nicht zum Bewufstsein gekommen zu sein (Lib. VII, Kap. 22, pag. 284). Nur andeuten will ich noch die Kastration, da sie mehr für den Chirurgen als für den Hautspezialisten von Interesse ist, eine Operation, welche im Altertum aus ganz anderen Gründen als heutzutage vielfach vorgenommen wurde. Ausführlich wird sie in demselben Buche im 19. Kap. (pag. 279 ff.) von Celsus geschildert.

Nun komme ich zu einer sehr dunklen Stelle. Es war die Rede vom Scrotum und den Testes und ihren Krankheiten. Es heifst dann weiter: „At si nervus induruit, curari res neque manu neque medicamento potest.“ (Lib. VII, Kap. 23, pag. 285.) Was haben wir unter „nervus“ zu verstehen. Diese Frage ist wohl kaum zu beantworten. Bestimmt nicht Nerv, Arterie, Vene, Samenstrang oder etwas ähnliches. Wenn Celsus überhaupt mit dem Begriff „nervus“ eine bestimmte anatomische Vorstellung verknüpft hat, so mufs es eine andere gewesen sein. Aber ich halte dies für unwahrscheinlich. Ich bin jedenfalls nicht in der Lage zu sagen, welche. Wohl aber glaube ich dem Leser verraten zu können, welcher Krankheit Celsus so machtlos gegenüberstand, und dafs diese Erkrankung, welche er an den Genitalien lokalisiert, gar kein Sexualleiden war. Er fährt nämlich an der bereits citierten Stelle fort: „Es droht nämlich heftiges Fieber und grünes oder schwarzes Erbrechen. Gleichzeitig besteht heftiger Durst und die Zunge wird rissig; und etwa vom dritten Tage an wird vom Kot schäumende Galle durch den Brechakt entleert. Speise kann nicht leicht aufgenommen werden und

wird nicht zurückgehalten. Bald darauf werden die Extremitäten kalt, Zittern tritt ein, die Hände werden ohne Sinn gestreckt (Convulsiones?). Dann bricht auf der Stirn kalter Schweifs aus und der Tod tritt ein." Läfst sich der Verlauf eines Ileus oder einer incarcerierten Hernie kürzer schildern? Ich halte die Krankheit für die letztere und beziehe das „nervus induruit" auf die eingeklemmte, oft ja sehr harte Bruchgeschwulst. Doch sollte selbst jemand in dieser Hinsicht anderer Meinung sein, so wird er mir keine Erkrankung der Genitalien anführen können, die obige Erscheinungen macht.

Für die Rhagaden am After empfiehlt Celsus warme Bäder, Auflegen heifser, hartgesottener Taubeneier, ferner eine Reihe Salben und Pflaster, welche bereits bei der Wundbehandlung von mir angeführt sind. Neu kommt nur hinzu eine Salbe aus Oesypum (das ist der Schweifs und Schmutz, welcher an der ungereinigten Schafwolle klebt, ein bei den römischen Damen zur Zeit des Ovid beliebtes Schönheitsmittel) und flüssigem Rosenwachspflaster. (Lib. VI, Kap. 18, pag. 242.)

Dafs durch eine Verengerung des Introitus vaginae den Frauen der Coitus unmöglich werden kann, ist unserem Autor wohl bekannt. Er führt die Verengerung, falls sie nicht durch ein geschlossenes Hymen bedingt ist, welches er merkwürdigerweise mit dem Uterus in Zusammenhang bringt, auf schlecht geheilte Geschwüre der Vagina zurück, sodafs es zur Verklebung der beiden Schamlippen kam. Bei der Eröffnung begnügt er sich nicht mit einem Kreuzschnitt, sondern excidiert das Hymen vollständig, wobei er vor einer Verletzung der Harnröhre warnt. (Lib. VII, Kap. 28, pag. 296.)

Eine viel umstrittene Frage ist, ob die Alten die modernen Geschlechtskrankheiten gekannt und ob auch schon vor Jahrtausenden dieselben die Menschheit geplagt haben. Vielleicht dafs ich später einmal zu dieser Frage speziell Stellung nehme; hier handelt es sich aber nur darum, ob Celsus dieselben gekannt hat. Anhaltspunkte für Syphilis, welche auch nur halbwegs einwandsfrei wären, lassen sich nicht erbringen. Was gelegentlich so gedeutet, ist nichts weiter als die Schilderung irgend einer konstitutionellen Anomalie. Etwas schwieriger liegt die Frage für Blennorrhoe und Ulcus molle. Für die erstere lassen sich, abgesehen von dem Fluor albus der Frauen, welcher ja nichts weniger als beweiskräftig ist, nur zwei Stellen ins Gefecht bringen und zwar lautet die erste (Lib. II, Kap. 8, pag. 46): „Quibus in fistula urinae minuti abscessus, quos φύματα Graeci vocant esse coeperunt, iis, ubi pus ea parte profluxit, sanitas redditur. Ex quibus cum pleraque per se proveniant, scire licet inter ea quoque, quae ars adhibet, naturam plurimum posse." Ferner im sechsten Buch (Kap. 18, pag. 241): „In testiculis vero si qua inflammatio sine ictu orta est, sanguis — — mittendus est" u. s. w. Er bespricht

dann die Behandlung der Hodenentzündung und unterscheidet hier verschiedene Grade der Härte und der Zeitdauer. Weiter erwähnt er, dafs diese Form der Hodenentzündung im Gegensatz zur traumatischen nicht zur Eiterung neigt. Nun läfst es sich ja nicht von der Hand weisen, dafs der Tripper gelegentlich Prostataabscefs und sehr oft Nebenhodenentzündung, welche bei unsachgemäfser Behandlung eine Tendenz zur chronischen Bindegewebsinduration aufweist, nach sich zieht. Da wir aber für beide Krankheiten eine Reihe anderer Gelegenheitsursachen wissen, müssen wir uns den Einwand gefallen lassen, dafs Celsus andere Krankheitsformen vor sich gehabt habe, als wir heutzutage. Ob er also einen Tripper gekannt hat oder nicht, mufs in suspenso bleiben. Die Hodenentzündung selbst behandelte er mit einer Mischung von Bohnenmehl in Meth gekocht und gestofsenem Kümmel, welcher in Honig gekocht war. Auch Leinsamen, Weizenmehl mit Cypressen und gestofsener Lilienwurzel fanden, nachdem sie in Meth oder Honig gekocht waren, Verwendung. Schliefslich könnte auch jemand die oben unter „Cancer" geschilderte Krankheit sowohl für Blennorrhoe, wie auch für das nunmehr zu besprechende Ulcus ins Gefecht führen. Beweiskräftig ist aber die Stelle nicht, da die meisten Symptome, welche Celsus dort anführt, gegen diese Sexualerkrankungen sprechen.

Dahingegen sprechen folgende zwei Stellen unbedingt für Ulcus molle: Im zweiten Buch (Kap. 7, pag. 39) heifst es: „Wenn bei einer Frau unter Fiebererscheinungen ein Bubo entsteht, für den keine Ursache aufgefunden werden kann, so sitzt das Ulcus in der Scheide." Ferner erfahren wir bei der Besprechung der Phimose von ihm folgendes: „Sei es nun, dafs die Phimose auf diese Weise beseitigt ist, sei es, dafs sie keine Schwierigkeiten gemacht hat, so werden die Geschwüre entweder am unteren Teil des Präputiums oder an der Eichel oder am Penis selbst im Sulcus coronarius gefunden. Dieselben sind rein und trocken oder feucht und eitrig." (Lib. VI, Kap. 18, pag. 238 u. ff.) Hier spricht alles für Ulcus molle. Der Sitz, die Multiplizität, der Bubo, der Eiter. Nur erscheint uns auffällig, dafs er auch trockene und reine Geschwüre beobachtete. Dies wird uns aber sofort verständlich erscheinen, wenn wir in Betracht ziehen, dafs er, bevor er die Phimose beseitigte, oft Bäder und Spülungen verordnete, welche naturgemäfs eine Reinigung der Geschwüre herbeiführen mufsten. Ob das in demselben Kapitel (pag. 241) erwähnte phagadänische Geschwür hierher gehört oder zum Carcinom zu rechnen ist, läfst sich nicht entscheiden, da er von demselben nur angiebt, dafs es mit Medizin nicht zu heilen ist und infolgedessen mit dem Glüheisen behandelt werden mufs. Damit hierdurch die Harnröhre nicht verödet würde, schiebt er vorher eine Sonde in dieselbe. Die Medikamente, mit welchen er die Ulcera behandelte, füllen fast zwei Seiten. Doch haben

dieselben keinen praktischen Wert. Dem Leser möge es genügen, wenn ich einige von ihnen herausgreife: Pfeffer, Myrrhe, Wein, Ölschaum, Butter, Rosenhonig, Harz, Kupferrost u. s. w.

Wenn ich hier das Kondylom anschliefse, so geschieht es nicht aus dem Grunde, dafs ich dasselbe, wie es Celsus schildert, für identisch mit unserem breiten Kondylom erachte, sondern eher mit unserer spitzen Feigwarze. Ferner, weil ich dasselbe schlecht irgendwo anders unterbringen konnte. Er beschreibt es im 18. Kap. des sechsten Buches (pag. 242) folgendermafsen: „Das Condyloma ist aber eine Erhabenheit, die sich nach einer gewissen (welcher?) Entzündung zu entwickeln pflegt." Zur Behandlung zählt er viele Mittel auf, welche wir früher unter den Ätz- und Wundmitteln kennen gelernt haben. Nützen dieselben nichts, so können auch die stärksten Ätzmittel angewendet werden. Rationeller erscheint mir aber die chirurgische Behandlung, wie er sie im 30. Kap. des siebenten Buches (pag. 300) vorschlägt: „At tubercula, quae *κονδυλώματα* appellantur, ubi induruerunt, hac ratione curantur. Alvus ante omnia ducitur, tum vulsella tuberculum apprehensum iuxta radices excoditur." Zur Nachbehandlung verwendet er Kupferschlag. Man beachte auch dasjenige, was ich über spitze Kondylome bei den Warzen erwähnt habe (s. *diese Zeitschrift*, Bd. XXV, S. 546).

Schliefslich mufs ich noch erwähnen, dafs die Spermatorrhoe bereits von unserem Autor genau geschildert wird und vielleicht in einer Weise, wie sie, wenn sie so zur Kenntnis der Kurpfuscher käme, Wasser auf deren Mühle wäre. Er sagt im 21. Kap. des vierten Buches auf S. 144: „Es giebt auch an den Genitalien ein Laster, nämlich der zu reichliche Ausfluſs von Samen. Geschieht dieses ohne Liebe, ohne nächtliches Traumgebilde, so geht der Mensch nach einer gewissen Zeit an Schwindsucht zu Grunde." Nun, wir wissen, dafs das Verhältnis in Wirklichkeit oft ein umgekehrtes ist. Mancher leidet lange an Spermatorrhoe, selbst bis zur dauernden Impotenz, ohne schwindsüchtig zu werden, während umgekehrt die Tabes dorsalis bisweilen als ein frühes Symptom Samenfluſs veranlafst. Interessant ist der erste Teil der von ihm vorgeschlagenen Behandlung. Sie verlangt kalte Abreibungen, kalt baden und schwimmen, wobei kalte Übergieſsungen nicht fehlen, Speise und Trank kalt zu genieſsen. Weniger zu rechtfertigen, vielleicht von manchem Standpunkt aus ganz zu verwerfen, erscheint das Verbot folgender Speisen und Gewürze, nämlich von: Weizen, Graupen, Mehl, Weifsbrot, Eiern, leimhaltigem Fleisch, Kohl, Zwiebeln, Nüssen und Pfeffer.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Dezember 1897.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Papillomatöse Ulcerationen des Beines. Herr Du Castel. Es handelt sich um ein Recidiv papillomatöser Geschwüre, welche ein erstes Mal unter antiseptischer Behandlung vernarbt waren. Um die granulierenden Flächen herum liegen Bläschen und Pusteln. Nach dem Trichophyton wurde erfolglos gefahndet. Man hat es wahrscheinlich mit einer parasitären, abnorm verlaufenden oder durch einen noch unbekannten Parasiten hervorgerufenen Läsion zu thun.

Schankerförmige Schrunden der Brustwarze. Herren Balzer und Michaux. Moulage. Abgesehen von dem Fehlen der Induration, der geringen Lymphdrüsenschwellung in der Achselhöhle und dem Fehlen von syphilitischen Läsionen beim Säuglinge sprechen alle Erscheinungen für Lues.

Kongenitale Ichthyose. Herr Fournier zeigt einen Patienten mit einer kongenitalen Ichthyose, welche im Gesichte und an den Handrücken wie eine Pityriasis rubra pilaris aussieht. Diese Form ist einer Heilung durch Anwendung von Salicylseife und Glycerinapplikationen zugänglich.

Über einen vierten Fall von kontinuierlichen eitrigen Akrodermatitiden. Herr Hallopeau. Die Affektion kommt in folgender Weise zu stande: Infolge eines Trauma gelangen Staphylokokken unter die Epidermis der Finger oder der Handteller. Durch Proliferation dieser pathogenen Mikroorganismen kommt es zu lokaler Reaktion in Form von Erythemen oder polymorphen eitrigen Streifen. In Anbetracht der Dicke der Haut an diesen Stellen erfolgt eine Stagnation des Eiters und der Parasiten. Reflektorische trophoneurotische Störungen in der betreffenden Extremität, welche nun ein günstiger Boden für die Entwickelung derselben pathogenen Mikroorganismen und ihre Vermehrung wird. Keulenförmige Deformation der Phalangen, welche ähnliche Veränderungen zeigen wie bei der Arthritis deformans. Die Affektion widersteht jeder Behandlung, weil unter der dicken Epidermis die Infektionsträger nicht erreicht werden können. An verschiedenen anderen Körperstellen, sowie auf der Mundschleimhaut treten sekundäre Herde auf, dagegen fehlt eine allgemeine Infektion.

Über die seborrhoischen Follikulitiden und den Haarausfall, den sie herbeiführen können. Herren Hallopeau und Laffitte. Nach unseren Untersuchungen kann das seborrhoische Ekzem zu eiterigen Follikulitiden führen, welche sich durch ihre bedeutende Neigung zum Recidivieren auszeichnen und vorzüglich im Barte, an den Pubes und an der inneren Fläche der Oberschenkel vorkommen; man findet sie ferner auf dem Haarboden, in den Achselhöhlen und in der Umgebung der ausgewachsenen Haare des Rumpfes und der Extremitäten. Wahrscheinlich verdanken sie ihre Entstehung der Einwanderung des Staphylococcus aureus in die Haarbälge. Es kann dabei zu ausgedehntem Haarausfalle kommen. Diese Kahlheit braucht aber keine definitive zu sein, besteht aber meist sehr lange in Anbetracht des fortwährenden Recidivierens der Follikulitiden.

Über drei Fälle von hereditärer Lues. Herr Fournier. Das eine der Kinder hat ausgedehnte Gummata an den Beinen und Hutchinsonsche Zahnverbildungen. Das zweite zeigte bei seinem Eintritte tuberkulöse Syphilide und eine oberflächliche

skleröse Glossitis, welche inzwischen abgeheilt sind. Es bestehen aber noch Läsionen der Ohren und Augen, Rachitis, Stillstand in der geistigen Entwickelung und Veränderungen an den Zähnen und Unterkiefern. Das dritte Kind ist epileptisch. Es zeigt zwei symmetrische Plaques von Pseudoalopecie.

Über schubweise auftretende eitrige Streptokokken-Daktylitiden. Herr Gaston. Bei dem 10jährigen Patienten treten seit seinem vierten Lebensjahre Anfälle von Bronchitis auf, welche mit eitrigen Daktylitiden an den Händen und Füfsen abwechseln. Im Eiter läfst sich der Streptococcus nachweisen. In der Familie des Patienten sowie bei diesem letzteren selbst lassen sich keine nervösen Störungen nachweisen. Die Finger und Zehen zeigen ganz das Aussehen der „Hypertrophie pneumique".

Tuberkulöser Lupus. Herr Dubois-Havenith berichtet über 14 Fälle von tuberkulösem Lupus, welche durch Kalomelinjektionen vollständig geheilt wurden.

Über eine follikuläre Affektion in Gestalt von Plaques von unbestimmter Natur. Herren Gaston und Emery. 20jähriger Alkoholiker. Vor sechs Monaten sind auf der Haut leicht pigmentierte, juckende Plaques aufgetreten, welche wie Gänsehaut aussehen. Sie setzen sich aus kleinen Kegeln zusammen, die in ihrer centralen Partie einen schwarzen Punkt tragen oder in eine fadenförmige, talgartige Masse enden, die sich herausdrücken läfst. Die Plaques fühlen sich rauh an, sind von der Gröfse eines Handtellers, über den ganzen Körper verbreitet und von keinen anderen Eruptionen begleitet. Die Haarfollikel sind verändert, die Hornschicht verdickt, an den Follikelmündungen sammeln sich Hornmassen an und die Knäueldrüsen sind ebenfalls erkrankt. Die Papillarschicht sieht normal aus. Der weitere Verlauf kann allein eine Diagnose ermöglichen, indem man nach dem klinischen und anatomischen Bilde allein nicht feststellen kann, ob es sich um eine Pityriasis pilaris im Anfangsstadium, um eine Acne sebacea oder irgend eine andere dystrophische Veränderung des follikulären Systems handelt.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 10. Dezember (28. Nov.) 1897.

(Originalbericht von Dr. Arth. Jordan-Moskau.)

1. Pospelow demonstriert ein Mädchen mit **Lupus vulgaris** der linken Wange, welcher mit Skarifikationen und Karbolglycerinkompressen behandelt werden soll.

2. Fokin spricht an der Hand des von ihm schon früher vorgestellten Falles von **Sarcoma cutis** über die günstige **Wirkung des Arseniks** bei dieser Krankheit und hat unter den verschiedenen Präparaten dieses Mittels die besten Resultate vom Natrium arsenicosum in subcutaner Anwendung gesehen.

Kracht hat gleichfalls Besserung erzielt durch das Arsenik in einem Falle von Hautsarkom. — Pospelow äufsert, dafs das Arsenik eine ganz entschieden günstige Wirkung bei Sarcoma cutis hat, wenn es auch nicht in allen Fällen hilft. Er hat sich in einem Falle von Rundzellensarkom der Haut, den er jetzt nach zwei Jahren wiedergesehen hat, davon überzeugen können, dafs es dort zur völligen Genesung gekommen ist. Diesen befriedigenden Erfolg schreibt er nur dem Umstande zu, dafs das Arsenik Jahre lang in stärkerer Dosis gegeben worden ist.

3. Lichatscheff stellt ein 10jähriges Mädchen mit **Favus** des behaarten Kopfes vor, welcher schon sechs Jahre lang bestehen soll.

4. Nikulin stellt eine 27jährige, verheiratete Frau mit **Atrophia cutis idiopathica** vor. Die Affektion soll sich im Laufe der letzten fünf Jahre entwickelt

haben und betrifft jetzt in symmetrischer Weise die beiden unteren Extremitäten bis zu den Knien und die beiden oberen Extremitäten bis etwa zur Mitte der Oberarme.

Pospelow diagnostiziert in diesem Falle zwei voneinander unabhängig bestehende Prozesse, nämlich aufser der Atrophia cutis noch eine Sclerodermia diffusa.

5. Spebanski referiert über zwei Fälle von **extragenitaler Infektion mit Lues** und zwar handelt es sich in dem einen Fall um eine Frau, die auf jeder Brustwarze eine Sklerose trägt, in dem anderen um deren Brustkind, das eine Sklerose der Oberlippe aufweist. Anamnestisch läfst sich aber sicher nachweisen, dafs zuerst das Kind und dann die Mutter erkrankt ist und dafs nach Ausschlufs sonstiger Infektionsmöglichkeiten am wahrscheinlichsten wird, dafs die Mutter, welche einmal ein fremdes Kind an die Brust nahm, von diesem mit syphilitischem Sekret bedacht worden sein mufs, dasselbe aber alsbald beim Stillen ihrem eigenen Kinde wieder abgab, um dann später von letzterem infiziert zu werden.

6. Pospelow stellt eine Frau mit einem **Ulcus induratum palpebrae superioris dextrae** vor.

7. Serebrjakoff als Gast spricht: **„Über die Statistik der Syphilis bei den vagabondierenden Prostituierten Moskaus."**

Die Statistik umfafst die drei letzten Jahre und lehrt, dafs von den durch die Polizei eingelieferten Frauenzimmern hatten:

Im Jahre	Anzahl der Frauen	Syph. condyl.	Syph. gummosa	Tripper	Ulcera mollia	Nicht venerische Krankh.
1894	2138	10,6%	4,5%	10,1%	5,8%	5,0%
1895	2169	9,7%	4,5%	9,9%	6,3%	4,8%
1896	2408	10,2%	3,9%	9,6%	6,3%	4,4%

Ganz anders aber stellt sich das Verhältnis der Syphilitischen zu den anderen Erkrankten, wenn man nur berücksichtigt, wievielmal aus der Reihe der kranken Frauenzimmer die Syphilitischen im Hospital aufgenommen wurden. Da zeigt es sich, dafs in Procenten ausgedrückt aufgenommen wurden:

Im Jahre	Wegen Syph. cond.	Wegen Syph. gummosa
1894	34,5%	14,9%
1895	32,3%	14,9%
1896	34,1%	13,1%

Unter den Kranken der vagabondierenden Prostituierten wurden demnach in jedem Jahre ca. 50% wegen Syphilis aufgenommen.

Pospelow hebt die Notwendigkeit einer genauen Kontrolle dieser frei umherlaufenden Prostituierten hervor.

8. Oslow verliest ein Referat über die Arbeit von Robert Kutner: **„Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden."**

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 11. Februar 1897.

1. **Ein Fall von Lupus erythematosus corneus**, von Schwimmer. Patient ist 34 Jahre alt und bemerkt seit 3 Jahren einen Ausschlag im Gesichte, welcher stets an Dimension zunahm. Beinahe die ganze Gesichtshaut ist rotbräunlich verfärbt, rauh, gröfstenteils schuppend, an den Rändern auch in der Mitte, begrenzt mit teil-

weise alleinstehenden, teilweise ineinanderfliefsenden papulösen Efflorescenzen. Die Ohren zeigen ähnliche Veränderungen, die Läppchen sind stark infiltriert und mit dicken Schuppen bedeckt. Auf dem Halse hinter dem Ohre ist eine einige Centimeter ange und breite Plaque sichtbar, die mit harten Knoten bedeckt ist und starke Verdickungen der Epidermis zeigt. Auf der linken Seite sind einige mit rotem Hof umgebene, in der Mitte atrophische Stellen. Die Stirn und die behaarte Kopfhaut sind frei. Das Leiden ist stets ein langsam fortschreitendes gewesen, und in differentialdiagnostischer Hinsicht ist die Schmetterlingsform der ganzen Affektion hervorzuheben.

2. **Ein mit Methylenblau behandelter Fall von Epithelioma**, von Schwimmer. Bei dem 60jährigen Manne begann das Leiden vor 5 Jahren in dem rechten Augenwinkel als erbsengrofses Geschwürchen, welches seit dieser Zeit die Gröfse eines Kinderhandtellers erreichte und auch auf das Augenlid übergriff, so dafs ein Ektropium sich entwickelte. Die Ränder des Substanzverlustes, welcher auch auf die Nase übergreift, sind nicht besonders infiltriert. Zur Behebung des Ektropiums mufste eine plastische Operation gemacht werden, bevor aber diese ausgeführt wurde, machte Schwimmer einen Versuch mit der Methylenblaubehandlung (1%ige Lösung), und zwar mit zufriedenstellendem Resultate, indem sich seit 12 Tagen die Mitte des Substanzverlustes bereits ganz mit Epidermis bedeckte.

Herzl: Bekanntlich sind die Epitheliome der Haut und hauptsächlich die des Gesichtes verhältnismäfsig gutartig und heilen selbst nach schwachen Causticis ziemlich gut. Nichtsdestoweniger teilt er die Ansicht Prof. Schwimmers und empfiehlt selbst die Anwendung des Methylenblau bei kleineren Carcinomen, wo eine Operation kontraindiziert ist. Die Wirkung des Methylenblau scheint auf dessen desinfizierender und adstringierender Eigenschaft zu beruhen. — Nékám teilt auch diese Ansicht. Gewisse Anilinfarben wirken selbst bei ausgebreiteten Sarkomen günstig; er hatte auch Gelegenheit, einen derartigen Fall mit Pyoktanin zu behandeln, die Wirkung war eine sichtliche, der Kranke ging aber an einer Metastase zu Grunde. — Török kann sich zwar über die mit reinem Methylenblau behandelten Sarkomfälle nicht äufsern wegen Mangel an Erfahrung, hatte aber Gelegenheit, mehrere Fälle von Ulcus rodens mit der von Darier empfohlenen Chromsäure und Methylenblaumischung zu behandeln, welche schön heilten und nicht recidivierten. — Justus beobachtete ein Hautcarcinom, welches vom Trochanter bis zum Unterschenkel sich ausbreitete, ein aufserordentlich stinkendes Sekret absonderte, gegen das man umsonst ankämpfte. Auf Methylenblau-Einspritzungen und -Einpinselungen verlor sich bald der üble Geruch. Was geschieht nun durch die Methylenblaubehandlung? Wenn Methylenblau in ein normales Gewebe eingespritzt wird, so färbt sich dasselbe nicht; dort aber, wo das Gewebe ulcerös, mortifiziert ist, vereinigen sich die Zellen mit dem Methylenblau und zwar so lange, bis abgestorbene Zellen im Gewebe vorhanden sind; dadurch wird das Gewebe ein schlechter Nährboden für die Fäulnisbakterien und verhindert so den üblen Geruch. — Nékám bemerkt, dafs man mit Methylenblau gesundes Gewebe färben kann, ein Beispiel dafür geben die Nerven. Die antiseptische Wirkung der Farbe aber ist eigentlich gleich Null. Nach seiner Ansicht verhindert das Methylviolett darum die Eiterung, weil dasselbe eine negativ chemotaktische Wirkung hat und die Auswanderung der weifsen Blutkörperchen aus den Blutgefäfsen verhindert. — Justus erwidert nun, dafs die Färbung der Nerven mit Methylenblau nur ein Beweis dessen ist, dafs sich dasselbe nur mit solchen Geweben vereinigt, in welchen der Stoffwechsel bereits vermindert ist, denn bekanntlich ist ja der Oxydationsprozefs in den Nerven am mindesten vorhanden. Aber selbst die Nerven färben sich nicht auf lange Zeit, weil die langsame Oxydation das Gewebe allmählich weifs macht, indem das Oxygen mit dem Methylenblau ein farbloses Produkt giebt. So

nehmen auch die abgestorbenen Teile der Gewebe an dem Oxydationsprozeſs keinen Anteil und nehmen daher den Methylenblaustoff an. Diese Blaufärbung kann nun so lange beobachtet werden, bis sich die nekrotisierten Gewebe abgestoſsen haben. Was nun die Wirkung des Methylviolett anbelangt, ist dieselbe thatsächlich eine negativ chemotaktische, devalviert aber nicht die supponierte Ansicht, indem wir es hier nicht mit Methylviolett, sondern Methylenblau zu thun haben.

3. **Ein Fall von Syphilis leontiasiformis**, von Schwimmer. Der 37jährige Tagelöhner ist Vater von 5 gesunden lebenden Kindern, ein Kind starb im sechsmonatlichen Alter. Eine venerische Erkrankung soll Patient angeblich nie durchgemacht haben. Vor beiläufig $^3/_4$ Jahren traten auf dem ganzen Körper zerstreut Knoten auf. Zur Zeit sind folgende Veränderungen zu konstatieren. Auf der linken Gesichtshälfte, Stirn und behaartem Kopfe sind thaler- bis kindshandtellergroſse Infiltrate zu sehen, die rotbräunlich vom Niveau der Haut emporragen, die teils aus alleinstehenden, teils aus mehreren zusammenstehenden Knötchen gebildet sind. Am linken Kinn mehrere erbsen- bis haselnuſsgroſse drüsige Gebilde, am rechten Kinn, am Naseneingang und Nasenrücken mehrere Knoten. Diese Veränderungen im Gesichte geben ein eigentümliches Bild, das in vieler Beziehung an die Lepra erinnert, und zwar an die tuberkulöse Form. Ähnliche mehr minder ausgebreitete Veränderungen sind noch auf dem Rumpfe und den Extremitäten zu sehen. Ulcerationen sind nirgends zu bemerken, bloſs die centralen Einziehungen einzelner Plaques lassen auf vorhergegangene Ulceration schlieſsen. Die Schleimhäute sind unverändert. Der rechte Hoden ist vergröſsert.

4. **Ein Fall von Psoriasis atypica**, von Róna. Die 18jährige Puella publica wurde mit Blennorrhoe auf seiner Abteilung aufgenommen, nebstdem hatte sie ein papulöses Exanthem auf beiden Mammen und auf dem Rücken, welches erst seit einigen Tagen besteht, vorher hatte sie nie eine Hauterkrankung. Das Exanthem besteht aus 8—10 hanfkorngroſsen, blaſsroten, kaum schilfernden kleinen Papeln um beide Brustwarzen, 3—4 ähnliche auf dem Rücken, die sich in einigen Tagen diffus verbreiteten und kaum eine Verhornung zeigten. Die Diagnose schien erst für eine Pilzerkrankung zu sprechen, bis die Kratzmethode nach einigen wiederholten Versuchen die Diagnose Psoriasis vulgaris bestätigte, trotz der abnormen Primärläsionen.

5. **Ein Fall von Pediculi pubis auf den Nackenhaaren; Maculae ceruleae und Roseola syphilitica**, von Róna. Bekanntlich negieren die Lehrbücher das Vorkommen der Filzläuse auf dem behaarten Kopfe. Vor einigen Jahren publizierte Dr. Heisler einen derartigen Fall von seiner Abteilung, bei welchem auf den Kopfhaaren zahlreiche Pediculi pubis zu sehen waren. Bei diesem 22jährigen Mädchen sind sowohl am Mons veneris, als auch in den Achselhöhlen, aufserdem auf dem Nacken und diesen begrenzenden Haaren zahlreiche Pediculi pubis zu sehen. Auch dieser Fall demonstriert, daſs, obzwar selten, auch auf dem behaarten Kopfe die Pediculi pubis vorkommen und sich fortpflanzen können. Nebstdem sind bei dieser Patientin die durch die Pediculi pubis verursachten stahlgrauen Flecke (Maculae ceruleae) von der ebenfalls vorhandenen Roseola syphilitica gut zu unterscheiden.

6. **Ein Fall von Xanthoma planum et tuberosum universale**, von Havas. Die Affektion dieses $4^1/_2$jährigen Mädchens begann im 11. Lebensmonate. Anamnestisch ist folgendes zu eruieren. Die Eltern des Kindes sind stets gesund gewesen, Lungen- oder sonstige konstitutionelle Erkrankungen sind in der Familie nie vorgekommen, auch ähnliche Hauterkrankungen nicht. Angeblich nach der Impfung traten bei dem Kinde auf der Stirn rötliche Efflorescenzen auf, welche sich seit dieser Zeit auf den ganzen Körper verbreiteten. Das Kind ist sonst gesund, alle Funktionen normal, klagt weder über Schmerzen noch Jucken. Zur Zeit sind auf der Stirn,

Nase und um den Mund runde und längliche resistente, strohgelbe, hanfkorngroſse Knötchen zu tasten. Auf dem Rumpfe und Extremitäten sind bis erbsengroſse in der Haut sitzende, harte, bläuliche oder strohgelbe, nicht schmerzhafte Knoten zu tasten. Über den flachen Stellen ist die Haut weich, glatt, sammetartig, nicht fett, nicht schuppend und nicht juckend. Auf den Schleimhäuten sind ähnliche Veränderungen nicht zu finden. Das Centralnervensystem und die übrigen Organe normal. Ikterus besteht nicht, der Harn ist normal, die Blutuntersuchungen ergaben keine Abweichung. — Laut dem klinischen Bilde haben wir es hier mit einem Xanthoma planum et tuberosum vulgare zu thun, zur Unterscheidung von dem von Besnier beschriebenen Xanthoma diabeticorum. Diese letztere Erkrankung ist eigentlich gar kein Xanthom, sondern eine durch Irritation verursachte, fettige Entartung bildende Erkrankung der Haut, wie dies Török richtig bemerkte. Die Ätiologie der Affektion ist noch dunkel. In Anbetracht dessen, daſs diese Erkrankung häufig mit Lebererkrankungen koincidiert, sehen sich mehrere Autoren zu der Annahme veranlaſst, daſs zwischen dem Xanthoma und der Lebererkrankung ein kausaler Nexus vorhanden ist, und obzwar dies thatsächlich vorkommt, haben doch die meisten Beobachtungen gezeigt, daſs diese beiden Affektionen nicht zusammen vorkommen. Als ätiologische Momente wurden noch angegeben Arthritis, Diabetes, trophische Störungen, Parasiten, Blutveränderungen (Verminderung des Hämoglobins, Fett- und Cholestearin-Anhäufung im Blute), Xanthodermie (gelbliche Verfärbung der unteren Reteschicht) und endlich Heredität. Die histologischen Untersuchungen ergaben auch keine besonderen Anhaltspunkte. Die meisten Forscher fanden sowohl in den flachen als auch höckerigen Xanthomen Bindegewebsneubildungen, wo sie sowohl zwischen dem Bindegewebe als auch in diesem selbst fettige Degeneration, Fetttropfenablagerung konstatierten. Von der Masse der Fetttropfen hängt auch die Farbe der Neubildung ab. — Einen Fortschritt bedeuten die Untersuchungen von Török, er hält nämlich das Xanthomgewebe für analog mit dem physiologischen Fettgewebe, nur daſs hier die Bildung des Fettgewebes inkomplett ist, eine heterotopische, d. i. intradermal, oberflächlich gelagert, resp. subepithelial ist. Es bildet sich also dort, wo unter normalen Verhältnissen das Fettgewebe fehlt. Die Bindegewebszelle beendet nicht vollständig die Umwandlung in die Fettzelle, sondern bleibt bei einem gewissen Übergangsstadium in der Entwickelung stehen. In dem xanthomatösen Gewebe fehlt das letzte Entwickelungsstadium des normalen Fettgewebes. Seiner Ansicht nach bilden sich zwar heterotopisch im Corium Fettzellen; diese können sich aber nicht in vollständige Fettzellen umwandeln, wovon die Ursache eine embryonale und lokale ist. Zur Illustration dieser Auffassung dienen jene Fälle, wo in einer Familie in mehreren Generationen Xanthombildungen vorkamen (Chursch, Török). Nachdem nach Flemming eine jede Bindegewebszelle die Eigenschaft besitzt, sich in eine Fettzelle umzuwandeln, müssen wir beim Xanthom neben der Hyperplasie der Zellen auch noch die Disposition für die fettige Degeneration annehmen. Auf dieser Basis glaubt Török auch den Umstand zu erklären, daſs man so häufig Leberhypertrophie oder Ikterus mit Xanthom begleitet findet, entweder unmittelbar oder vorhergegangen. Den Umstand betrachtend, daſs man so häufig das Xanthom in den Wandungen der Luftwege, der Blutgefäſse, in der Herzintima, auf der Oberfläche der Milz, in der Leber und den Gallengängen gefunden hat, verursacht dies die Verstopfung der Gallengänge, die Hypertrophie des interglandulären Bindegewebes. So kann sich dann sekundär die Hepatitis hypertrophica cirrhotica entwickeln. Infolge dessen verursacht der xanthomatöse Prozeſs in der Leber die pathologischen Veränderungen oder den Ikterus. — Nach Török ist der xanthomatöse Prozeſs eine Anomalie, welche eine ererbte und angeborene Neigung ist zur Proliferation der Bindegewebszellen und zur fettigen Degeneration auf solchen Stellen, wo das unter

normalen Verhältnissen nicht vorzukommen pflegt. Mit einem Worte, es ist das eine funktionelle Anomalie, eine Entwickelungsirregularität und keine Geschwulstbildung. — Was die Prognose anbelangt, ist dieselbe quoad vitam nicht schlecht, quoad sanationem nicht erfreulich, weil wir therapeutisch aufser der chirurgischen Behandlung kaum vorgehen können. Morrow glaubte mit dem Emplastrum salicylicum einige Resultate erreicht zu haben. — Die kleine Patientin nimmt jetzt Arsen.

Török bemerkt, dafs Darier seine Klassifikation, laut welcher er das Xanthoma elasticum zum Xanthoma vulgare einreihte resp. dazugehörend erklärte, angegriffen hat. Darier will das Xanthoma elasticum zur Xanthomgruppe nicht gerechnet haben. Die Entscheidung dieser Frage bleibt der Zukunft übrig. Zu dem vorgestellten Fall will er blofs bemerken, dafs die Veränderungen auf den Oberarmen auf ihn den Eindruck eines Nävus machen. Dies zeigt auch, dafs das Xanthom thatsächlich eine Entwickelungsanomalie ist, indem wir ja auch den Nävus als solche betrachten. — Schwimmer fragt Havas, in welchem Verhältnis die auf einzelnen Stellen sichtbaren Erytheme bezüglich deren Auftreten zu den Xanthomknötchen stehen. — Havas bemerkt, dafs er den Fall erst seit zwei Wochen beobachtet, und kann diesbezüglich keine Aufklärung geben. Die Mutter der kleinen Patientin giebt aber an, dafs die Knötchen später auftraten als die Flecke; auf ihn macht es auch den Eindruck, als bildeten sich an deren Stelle frische Xanthomknötchen.

7. **Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber acuminatus)**, von Török. Bei dem 9jährigen Mädchen begann das Leiden vor 5—6 Monaten auf den unteren Extremitäten. Die Hautläsionen sind hauptsächlich auf den Streckseiten der Ober- und Unterarme, auf der Streckseite der Oberschenkel, auf beiden Seiten der Unterschenkel, um den Nabel herum, in minderer Anzahl auf dem Kreuze und Rumpfe lokalisiert. Die Läsionen entsprechen stets den Follikeln und bilden stets Gruppen. Die ersten Veränderungen treten immer derart auf, dafs in der Ausdehnung eines Nagels die Follikelmündung einen weifslichen dichten und schwer ablösbaren verhornten Conus bekommt, dessen Farbe weifslich grau ist und beim Ablösen oft blutet. So sind die Läsionen auf der Brust und auf dem Bauche. An letzterer Stelle von der Inguinalgegend bis zum Nabel sind beinahe alle Follikel mit verhorntem Conus versehen, eine ähnliche Gruppe ist auf dem Nacken und Kreuze. Auf den oberen Extremitäten und zwischen den Läsionen des Rumpfes ist die Haut zwischen den verhornten Coni blafs hyperämisch und etwas ödematös, auf den Oberschenkeln ist die Hyperämie dunkler, die Coni ragen hier stärker empor. Auf den Unterschenkeln sind die Coni zwar noch zu unterscheiden, die Haut schilfert aber auch zwischen ihnen. Es besteht etwas Jucken.

8. **Ein Fall von Syphilis tuberculo-ulcerosa**, von Török. Bei dem 40jährigen Patienten, dessen Anamnese ganz negativ ist, sind auf der Stirn und behaartem Kopfe, in der Temporal- und Bartgegend der Acne necroticans ähnliche Hautveränderungen und Narben. Auf dem Rücken und Kreuzbein zahlreiche in der Cutis sitzende linsengrofse rotbläuliche und mit Krusten bedeckte Infiltrate, ebendaselbst gruppenweise Narben. Auf antisyphilitische Behandlung gehen die Erscheinungen zurück.

9. **Ein Fall von Gangraena hysterica**, von Justus. Bei dem 20jährigen Mädchen, das an Hysterie leidet, trat die Erkrankung bereits vor 7 Jahren auf. Damals schwoll ihr rechter Handrücken plötzlich ohne äufserliche Ursache auf, wurde alsbald schwarz und gangränescierte. Die Gangrän reichte bis zu den Sehnen und Knochen, der Prozefs heilte riesig langsam, an dessen Stelle bildete sich eine enorm hypertrophierte Narbe. Seit dieser Zeit entwickelten sich auf verschiedenen Stellen des Körpers cirkumskripte Gangräne verschiedener Ausbreitung. Die Gewebsvereiterung war bald eine oberflächlichere, bald erreichte sie Unterhautzellgewebe

und noch tiefer. Patientin wird bereits seit 3 Jahren beobachtet, und konnten die Veränderungen genau verfolgt werden: Eine Stelle der Haut wird etwas gerötet, oder auch nicht, verfärbt sich bald aschgrau, und an dieser Stelle bildet sich eine erbsen- oder kreuzergroſse Blase, deren Mitte alsbald austrocknet und mit einer Borke bedeckt wird, währenddem in der Umgebung die Verfärbung und Exsudation weiter schreitet. Nicht lange nachher wird die mittlere Kruste schwarz und wächst in der Ausdehnung, in welcher die Exsudation erfolgt. Die Mortifikation kann in 1—2 Tagen erfolgen, aber auch Monate lang dauern, und je nach der Tiefe endet der Prozeſs mit enorm hypertrophischen Narbenbildungen. Die Form ist in der Regel rund oder oval. An der Kranken sind bereits 40 derartige Narben sichtbar. Seit bereits zwei Jahren blieb die Kranke davon verschont, seit zwei Monaten trat aber der Prozeſs wieder auf in der Mitte der Tibia, wo sich noch jetzt ein halbhandtellergroſses Geschwür befindet.

Schwimmer möchte die Aufmerksamkeit noch einmal auf die in der vorigen Sitzung demonstrierte hysterische Kranke mit Hautveränderungen lenken. Verglichen beide Kranke, traten bei beiden rote Flecke auf, welche sich in 24 Stunden in Bläschen verwandelten und bald eintrockneten. Währenddem bei der vorigen Kranken mit der Eintrocknung der Bläschen der Prozeſs auch beendet war, bildeten sich hier an Stelle der Bläschen Geschwüre, an deren Stelle dann Narbenkeloide auftraten. — Basch hatte Gelegenheit gehabt in Mailand einen ähnlichen Fall zu sehen, nur mit dem Unterschiede, daſs bei diesem Falle keine Keloide, sondern einfache glatte Narben entstanden. — Justus bemerkt, daſs auch bei diesem Falle sich nicht überall Keloide bildeten, sondern auch glatte Narben.

10. **Ein geheilter Fall einer Hydrocele communicans funiculi spermatici,** von Feleki. Vor beiläufig zwei Monaten stellte er diesen Patienten bereits vor, bei dem im rechten Hodensack eine den Raum stets verändernde eigroſse fluktuierende Geschwulst zu tasten war, welche seit Kindheit bestanden hat. Er stellte damals obige Diagnose, die Geschwulst kommunizierte mit der Bauchhöhle mittelst eines feinen Kanals, und machte die Differentialdiagnose zwischen einer Hydrocele bilocularis. Auch deutete er damals an, daſs unter diesen gegebenen Verhältnissen die Hoffnung vorhanden ist, daſs durch graduierte und energische Kompression der Flüssigkeit in die Bauchhöhle Heilung zu erzielen sein wird. Bei der damaligen Besprechung des Falles konnte sich einer der Herren Kollegen nicht davon überzeugen, daſs es sich hier um eine Hydrocele communicans handelte, und unter den gegebenen Verhältnissen war die Indikation gegeben zum operativen Eingriff. Patient ist nun bereits geheilt, und zwar mittelst der oben angegebenen Kompression; von der serösen Flüssigkeit ist keine Spur vorhanden, und trotzdem Patient seit zwei Wochen weder einen Verband noch ein Bruchband trägt, ist bis jetzt kein Recidiv eingetreten und wird auch hoffentlich ausbleiben.

11. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis,** von Deutsch. Die 40jährige Patientin hatte bereits vor einem Jahre dieselbe Erkrankung, welche sich vor zwei Monaten erneuerte, indem in Begleitung von starkem Jucken und Brennen in zwei bis drei Wochen der ganze Körper mit Blasen bedeckt wurde. Zur Zeit sind auf den Extremitäten, Brust, Nacken und Rücken zahlreiche erythematöse Flecke, erbsen- bis bohnengroſse Blasen und Pusteln zu sehen. Als Folge des Juckreizes bestehen zahlreiche Kratzeffekte, welche wie auch ein groſser Teil der Blasen mit Krusten bedeckt sind. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist ein ziemlich gutes. In Anbetracht dessen, daſs die Hautveränderungen vielgestaltig sind, andererseits nervöse Zustände und gutes Allgemeinbefinden vorhanden sind, stellte er die Diagnose auf Dermatitis herpetiformis Duhring.

Török hält die auf den Brüsten bestehenden Veränderungen für eine Ekzematisation, welche sich sekundär dazugesellte. — Róna beobachtete einen Fall in der Privatpraxis, bei dem die Dermatitis herpetiformis seit drei Jahren besteht und auch die Mundschleimhaut ergriffen hat und zwar in dem Maße, daß sich allmählich eine Leukoplakie ausbildete. Auf der allgemeinen Decke traten an Stelle der Blasen und Bläschen mehrere hundert Milien auf. Ähnliche Fälle beobachteten Hallopeau und noch andere. *A. Aschner-Budapest.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII, Heft 9—11.

Über Nierentuberkulose, von Goldberg. Auf Grund von ca. 20 beobachteten Fällen, von denen er drei eingehend mitteilt, berichtet Verfasser über seine Erfahrungen bei Nierentuberkulose, vor allem was den Punkt der Frühdiagnose betrifft. Von Wichtigkeit ist die Beachtung der renalen Hämaturie, besonders in Verbindung mit Pyurie und Koliken. Die Cystoskopie liefert ebenfalls häufig gute Schlüsse, sie zeigt die Blase tuberkulös miterkrankt, oder sie zeigt, daß die Blase gesund ist, also der Sitz der Erkrankung höher liegt, endlich: welche Seite erkrankt ist. Die Therapie hat roborierend vorzugehen: Somatose; an Medikamenten kommen in Betracht: Kreosot und Ichthyol; endlich kommt operatives Einschreiten in Betracht: Nephrotomie — Nephrektomie. Verfasser bespricht die Chancen der Operationen, bei denen es vor allem auf den Zustand der anderen Niere ankommt.

Über erworbene Verengerung des Orificium externum urethrae und des vorderen Teiles der Harnröhre, von Hottinger. Verfasser schildert drei Fälle von Erkrankung der Eichel, deren Schleimhaut zum Teil narbig verändert, zum Teil verhärtet war; ebenso fühlte sich die vordere Harnröhre verhärtet, verdickt an und war stark verengt. Als Ursache nimmt Verfasser eine Balanitis an, die durch Vernachlässigung zu einem starken Ekzem oder Dermatitis führte. Die Mitbeteiligung der Urethra erklärt sich entwickelungsgeschichtlich. Therapie: Urethrotomie und Sonden; äußerliche Reinlichkeit.

Urologischer Untersuchungs- und Operationstisch in verbesserter Form, von Kollmann. Verfasser schildert ein neues Modell des von ihm im Jahre 1894 beschriebenen Operationstisches, welches in der That mancherlei Vorzüge hat; er läßt sich leichter heben und senken, läßt sich leicht aus „Stuhl" in „Tisch" verwandeln, hat Armstützen, die für einen Stuhl unentbehrlich sind etc. etc. Genaue Beschreibung ist im Original einzusehen.

Heft 11 bringt zunächst einen Nachruf für Paul Güterbock aus der Feder A. Lewins, sodann einen Artikel von Küster, **Über Neubildungen der Niere und ihre Behandlung,** der für uns nichts Interessantes bietet.

Ein Fall von spontaner Steinzertrümmerung, von Levereano. Verfasser entfernte durch Sectio alta zwei Blasensteine im Gesamtgewicht von 30 g, die sich nach ihrer Konfiguration als Fragmente eines Steines erwiesen. Die Zertrümmerung war wahrscheinlich gelegentlich eines schweren Falles, den Patient erlitt, erfolgt.

F. Hahn-Bremen.

Dermatologisches Centralblatt.
1897. No. 2.

Über die therapeutische Wirkung einiger Rhodanverbindungen, von A. Rosz. A. Edinger hat gezeigt, dafs der Körper durch bestimmte aromatische Amine, die er produziert, vor der Einwirkung gewisser Bakterien schützt. So ist es im Sekret der Schleimhäute und Speicheldrüsen vornehmlich Rhodankalium, welches bei der Selbstdesinfektion eine grofse Rolle spielt. Edinger hat nun eine Reihe von Verbindungen dargestellt, die eine den im Körper entstehenden analoge Struktur haben. Verfasser hat nun einige Rhodanate in der Josephschen Poliklinik auf ihren Wert geprüft, und zwar: Chinolinzinkrhodanat, Oxychinolinzinkrhodanat, Oxychinolinwismutrhodanat und Chinolinbenzylrhodanat. Das praktische Ergebnis ist folgendes: Bei Condylomata acuminata bewährte sich Chinolinbenzylrhodanat als Ätzmittel; es ist auch dem Formalin, welches sehr lebhafte Schmerzen macht, überlegen. Die gesunde Umgebung mufs durch Einfettung vor der Anätzung geschützt werden. Das Pulver wird täglich einmal aufgestreut; die Kondylome fallen nach einigen Tagen als schmierige Masse ab; Heilung der entstandenen Erosion unter pulverisierter Borsäure. Das Oxychinolinwismutrhodanat bewährte sich beim Ulcus molle und Ulcus durum; es trat schnelle Heilung ein. Chinolinrhodanat als 5—10%ige Salbe ist bei Herpes tonsurans vesiculosus und chronisch infiltriertem Ekzem wirksam, nicht bei Psoriasis. Die anderen obengenannten Präparate leisten wenig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Aus E. Mercks Bericht über das Jahr 1896. Acidum picronitricum, glänzende, gelbe, bitter und sauer reagierende Blättchen, in ca. 86 Teilen Wasser, in Alkohol und Äther leicht löslich. Empfohlen gegen Verbrennungen, wegen ihrer analgetischen, antiseptischen und keratoplastischen Wirkung.

℞ *Acid. picronitr.* 5,0
Alcohol 80,0
Aq. destill. 1000,0.
Ds. Äufserlich.

Die verbrannten Teile werden 5—10 Minuten darin gebadet, worauf man die Wunden mit Watte bedeckt, wenn die Epidermis erhalten ist, oder, wenn diese lädiert ist, mit sterilisierter Gaze umhüllt. Verbandwechsel nach 3—4 Tagen. Bei ausgedehnten Verbrennungen verwendet man mit der Lösung getränkte Kompressen. Bei Ekzem und Erysipel wird folgende Formel empfohlen:

℞ *Acid. picronitr.* 0,5—1,0
Solve in:
Aetheris sulf. q. s. adde
Aq. destill. 150,0.
Ds. Aufserlich zu Pinselungen.

Da das Mittel die Hände gelb färbt, bediene man sich bei dessen Anwendung der Kautschukhandschuhe.

Amylum jodatum insolubile. Schwarzbraunes, nach Jod riechendes, äufserst hygroskopisches Pulver von süfslichem Geschmack, in Wasser unlöslich. Ersatzmittel des Jodoforms bei eiternden, vernachlässigten Wunden, Phlegmonen, venerischen Geschwüren etc. Es reizt nicht, riecht nicht, ist ungiftig und sehr billig.

℞ *Amyli jodati*
Lanolini ää 0,5
Vitellum ovi unius coctum
Albumen „ „ *recens*
Misce terendo intime, f. ungt.

(Syphilitische Psoriasis, Frostbeulen, als Ersatz für Jodoformkollodium [Oefele].)

Amyloform. Weifses, geruchloses, in allen Lösungsmitteln unlösliches Pulver, wird wie Formaldehydgelatine (Glutol-Schleich) zur Behandlung von Wunden empfohlen, als ein energisch wirkendes, desodorodierendes und sekretionshemmendes, reizloses, ungiftiges Antisepticum (C. Lougard und Beaucamp, *Therap. Monatsh.* März 1896, pag. 557). Ferner empfohleh von Krabbel (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* Sept. 1896). Dagegen warnt C. L. Schleich (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 11, pag. 608) vor seiner Anwendung, da es infolge seines Gehalts an unveränderter Stärke die Wunden verschmiere. Es wird in Substanz aufgepudert oder als 10%ige Gaze angewandt.

Bismol, methylendigallussaures Wismut, soll bei Ulcera cruris atonica, Combustio und Decubitus sehr reinigend, austrocknend und granulationsbefördernd wirken.

Bismutum tribromphenolicum. E. Heuss (*Therap. Monatsh.* April 1896) und Th. Beyer (*Wien. med. Blätter* 1896. No. 52) empfehlen das Mittel warm als Wundantisepticum. Es ist ungiftig, lichtbeständig, geruch-, reiz- und geschmacklos. Es befördert das Wachstum des Epithels und wirkt schmerzlindernd. Anwendungsweise wie die des Jodoforms. Bei Blennorrhoe bedient man sich 10—20%iger Emulsion.

Borol, farblose, glasige Stücke, leicht löslich in Wasser und geruchlos, dreimal stärker antiseptisch als Karbolsäure. Zu 1—2%igen Lösungen gegen Blennorrhoe empfohlen.

Calcium chloratum pur. cryst., farblose, grofse Krystalle, löslich in Wasser und Alkohol. Savill (*Med. Newsgk.* 1896. No. 39) empfiehlt das Mittel in grofsen Dosen gegen chronischen Juckreiz, bei dem es noch helfen soll, wenn alle anderen Mittel versagen. Dosis 1,2 g dreimal täglich, steigend bis 1,8 und sogar 2,4 g.

Formaldehyd. A. Salter (*Brit. med. Journ.* 1896. No. 1863) läfst bei Herpes tonsurans cap. eine koncentrierte 40%ige Lösung mittelst Bürste auftragen; in einigen Tagen tritt Heilung ein. R. Adler (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 39) und Orth (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 13) empfehlen Formaldehyd gegen Schweifsfufs. Die Wirkung ist keine dauernde.

Glutol-Schleich entsteht durch Einwirkung von Formaldehyd auf Gelatine. Es wird als gröbliches, weifses Pulver oder geraspelt in Gestalt feiner Partikelchen in den Handel gebracht. Nach Schleich (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 1, 2, 5) bildet Glutol einen festen antiseptifizierenden Wundschorf, wodurch primär genähte Wunden in kürzester Zeit zu nicht mehr infizierbaren Schorfen verhärtet werden. Es hemmt akute purulente Prozesse. Bei Anwesenheit reichlichen nekrotischen Materials kann die Zellthätigkeit durch Pepsinsalzsäureverdauung unterstützt werden. (Befeuchtung mit einer 5%igen durch 0,8% Salzsäure angesäuerten Pepsinlösung.) Bei infizierten Wunden ohne Nekrose wird die Eiterung sehr schnell durch Glutol begrenzt, die inaktiven Gewebsteile werden leicht gelöst. E. Saalfeld (*Therap. Monatsh.* 1896.

Heft 11, pag. 634) erzielte einen überraschenden Heilerfolg bei Acne necroticans und bei multipler Abscefsbildung eines Diabetikers.

Haemolum hydrargyro-jodatum. Nach Dixon Mann (*The med. chronicle* 1896, pag. 346), der das Mittel bei papulösen Syphiliden, Psoriasis syphilitica, syphilitischer Iritis, sowie in zwei Fällen von primärer Syphilis anwandte, traten selbst nach mehrmonatlichem Gebrauche nur in zwei Fällen leichte Intoxikationserscheinungen auf, in vier Fällen leichte Diarrhoe. Bei anämischen und schwachen Patienten dürfte es am besten zu verwerten sein. Versuche an verschiedenen Spitälern sind im Gange.

℞ *Haemoli hydrargyro-jodati* 10,0
Opii pulver. 1,0
Ungt. Glycerini q. s.
M. ut f. lege artis pil. No. 100.
Ds. Dreimal tägl. erst 1, dann 2,
später 3 und zuletzt 4 Pillen.

Hydrargyrum oxycyanatum. v. Licherer (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 1, pag. 51) empfiehlt das Mittel sehr für die Behandlung der Blennorrhoea neonatorum (1 : 500).

Jodothyrin. Ewald (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 19), A. Henning (ibid.), H. Paschkis und S. Groos (*Wien. klin. Rundsch.* No. 36 u. 39) erzielten bei Psoriasis vulgaris mit dem Präparate Heilwirkung. Tagesdosis 1—2 g, für Kinder 0,3 bis 1,0 g. Bei Myxödem giebt man anfangs 0,3—0,5 g und steigt allmählich auf die normale Tagesdosis. Maximaldosis 2,0—4,0 g.

Itrol (Argentum citricum). Nach O. Werler (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 37 und *Derm. Zeitschr.* 1896. Heft 5 u. 6) hat sich das Itrol bei akuter und chronischer Blennorrhoe, auch der Frauen, bei Bartholinitis blennorrhoica und in einigen Fällen von chronischer Cystitis bewährt. Hervorgehoben werden die energische Tiefenwirkung und Reizlosigkeit des Mittels. Man verwende die Didaysche Methode oder Auswaschungen des ganzen Harnröhrenkanals mit ca. 300 g bei akutem Tripper:

℞ *Solut. Argenti citr.* 0,025 : 200,0.
S. Viermal täglich zu injizieren.

Man kann die Lösung auf 0,015—0,025 % verstärken.

Glandula prostatae sicc. pulv. (1 Teil = 6 Teilen der frischen Drüse des Farren.) Englisch (*Wien. med. Presse* 1896. No. 3) erzielte in zwei von fünf zur Behandlung gekommenen Fällen von Prostatahypertrophie Abnahme des Harnsediments, leichteres Harnlassen, Verringerung des Harndrangs, Verkleinerung und Weicherwerden der Vorsteherdrüse und empfiehlt bei geringeren Beschwerden mit oder ohne Residualharn, solange der Harn normal bleibt, regelmäfsige Entleerung des Harns, palliative Behandlung, sowie die Fütterung mit Prostata zu versuchen.

Pyoctanin-Quecksilber. Gegen Blennorrhoe: ½ ‰ige wässerige Lösung. Gegen Favus: 1 %ige Seife. Gegen Brandwunden: Pyoctanin-Quecksilber und Amylum zu gleichen Teilen aufstreuen. (Dinkler, *Pharm. Ztg.* 1896. No. 49.)

Pyrogallolum oxydatum. Die Nebenwirkungen des Pyrogallols auf der angrenzenden gesunden Haut, nämlich die spezifische Schwärzung und Entzündung, sind als Folge der Oxydation des Pyrogallols und eines Reduktionsprozesses der Hautelemente zu betrachten (P. G. Unna, *Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 84). Das oxydierte Pyrogallolum ist ein mit den wesentlichen Wirkungen des Pyrogallols ausgestatteter Körper, dem jedoch die Nachteile dieser Substanz fehlen. Es eignet sich wegen seiner Haltbarkeit sehr zur Herstellung von Dauerpräparaten, wie Pflastermullen, Seife etc. Es hat sich bisher bei Psoriasis, chronischem Ekzem, besonders seborrhoischen Ursprungs, Lupus erythematosus aufs beste bewährt.

℞ *Pyrogallol. oxyd.* 5,0
Vaselini
Adipis lanae ā 25,0.
M. f. ungt. (Psoriasis, Eccema seborrh.)

℞ *Adipis lanae*
Aq. Calcis
Aq. Chamomillae
Ungt. Zinci ā 10,0
Sulf. praecip. 2,0
Pyrogall. oxyd. 0,4.
M. f. ungt. (Seborrh. Ekzem, Pityriasis cap.)

℞ *Pyrogall. oxyd.* 5,0
Aq. Chamom. aetherei gtt. II
Vitella recentia ovorum duorum
Mixe intime.
Ds. Als Firnis aufzupinseln.

Sanoform, weiſse, geruch- und geschmacklose Krystallnadeln, in Alkohol ziemlich leicht löslich, sehr leicht in Äther und Vaselin. Ersatzmittel des Jodoforms, von groſser Austrocknungsfähigkeit.

Tannoform, Kondensationsprodukt des Formaldehyds und der Gallusgerbsäure, leicht, weiſsrötlich, in Wasser und den gewöhnlichen Lösungsmitteln, Alkohol ausgenommen, unlöslich, geruch- und geschmacklos. Eine spezifische Wirkung soll T. als Streupulver bei Hyperidrosis entfalten und alle anderen Mittel übertreffen. Die Schweiſsabsonderung soll rasch unterdrückt werden, ebenso der Schweiſsgeruch. In diesem Urteil stimmen mehrere Autoren überein. Man streue das Pulver in die Strümpfe oder reibe energisch damit die Haut ein. Bei Hyperidrosis palmarum benutze man die Tannoformseife. Bei mit starker Sekretion verbundenen, postblennorrhoischen Katarrhen des Cervix und der Vagina leisten Insufflationen gute Dienste. Bei Hämorrhoiden kann eine 10%ige Salbe den Juckreiz stillen. Gegen Intertrigo, Brandwunden, wundgelaufene Füſse benutze man die 10%ige Salbe. *A. Strauſs-Barmen.*

Verzeichnis sämtlicher Präparate, Drogen und Mineralien mit Erläuterungen, 1897, von E. Merck-Darmstadt. Aus dem Verzeichnis seien folgende Präparate etc. erwähnt: Acidum chloraceticum zum Ätzen. Mischung der verschiedenen Chloressigsäuren. Zum Ätzen von Warzen. Acidum gallicum albissimum pur. cryst. bei Blennorrhoe, Alopecia, Purpura. — Acidum oxynaphtoicum bei parasitären Hautkrankheiten in 10%igen Salben. — Acidum sulfo-ricinicum. In Form des Natronsalzes bei Hautkrankheiten. Gute Lösungsmittel für Schwefel, Karbolsäure, Jod etc. — Aluminium-Kalium sulfophenylicum techn. In 5—20%iger Lösung zur Behandlung indolenter Geschwüre. — Aluminium oxydatum hydric. puriss. Puder bei entzündlichen Hautkrankheiten. — Ammonium uricum pur. Bei chronischem Ekzem und anderen Hautkrankheiten in 4%igen Salben. — Arsenicum jodatum cryst. pur. Bei Krebs, Lepra und Hautkrankheiten. Dosis 0,001—0,004 mehrmals täglich in Pillen. Maximaldosis 0,008. — Bismutum subbenzoicum. Streupulver bei syphilitischen Geschwüren. — Calcium boricum. In 10—20%igen Salben oder als Streupulver bei nässenden Ekzemen und Bromidrosis. — Calcium oxysulfuratum. Gegen Krätze und zu Umschlägen bei scrophulösen Geschwüren. — Cocainum lacticum. Bei tuberkulöser Cystitis mit schmerzhafter Irritation der Blase. 0,1 Coc. lact. in Acid. lact. und Aq. dest. ā 0,5 ccm gelöst. —

Cuprum oleïnicum. In 10—20%igen Salben bei indolenten Geschwüren und üppigen Granulationen. — Hydrargyrum amido-propionicum. Antisyphiliticum. Dosis 0,005—0,01 im ccm. Innerlich 0,0001—0,0005 mehrmals täglich in Pillen. — Hydrargyrum arsenico-jodatum. Bei Syphilis und Hautkrankheiten. Dosis 0,001—0,004 in Pillen oder als Donovanslösung (Arsen. jodat. 0,1, Hydrarg. bijodat. 0,2, Kal. jodat. 2,0, Aq. dest. 60,0. Dosis 5—100 Tropfen steigend 2—3mal täglich). — Hydrargyrum naphtolicum. Bei Wunden und Hautkrankheiten. — Hydrastinum hydrochloricum puriss. In 0,1—0,5%iger Lösung als Adstringens bei Blennorrhoe, Leukorrhoe, Hyperidrosis, Seborrhoe. Bei Hautkrankheiten in 1%igen Lösungen oder Salben. — Jodol praecipitatum. In 5—10%igen Salben bei Geschwüren, Lupus, Schanker, suppurativer Adenitis. — Kalium bichlomicum puriss. Bei Fufsschweifs in 5%iger wässeriger Lösung, ferner bei syphilitischen und tuberkulösen Efflorescenzen und Warzen. — Liquor hydrargyri nitrici oxydati. Unverdünnt zu Ätzungen von Kondylomen und Krebsgeschwüren. — Natrium dijodosalicylicum. Bei parasitären Hautkrankheiten. — Pyoktanin-Quecksilber. Bei Blennorrhoe in ½‰ wässeriger Lösung, bei schweren Brandwunden in Pulverform mit Stärkemehl ää, bei Favus täglich eine Lösung von Hg—Pyoktanin 1:100 Spir. sapon. aufzupinseln. — Saliformin. 1—2,0 pro dosi et die bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege. — Stibium arsenicosum. Bei Hautkrankheiten in der Dosis von 0,001—0,002, 2—3mal täglich. Maximaldosis 0,003 pro dosi, 0,02 pro die. — Sulfur jodatum puriss. Bei chronischen Hautkrankheiten 0,03—0,1 mehrmals täglich. In Salben 1:10—20,0. — Trichlorphenol cryst. Gegen Schanker äufserlich in 5—10%igen Lösungen und Salben. *A. Strauſs-Barmen.*

Weitere Versuche über die reduzierenden Heilmittel, von P. G. Unna. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1897. No. 69.) Die genauere chemische Bestimmung des Pyrogallolum oxydatum ist noch nicht gelungen. Die Verwertung desselben hat so zugenommen, dafs das reine Pyrogallol fast verdrängt ist. Verfasser hat nun in gleicher Richtung sich mit dem Chrysarobin beschäftigt, welches durch Aufnahme von zwei Molekülen Sauerstoff in zwei Moleküle Chrysophansäure und drei Moleküle Wasser zerfällt. Die dermatotherapeutische Wirkung von Chrysarobin und Chrysophansäure ist sehr verschieden. Verfasser liefs nun das Oxydationsprodukt des Chrysarobin herstellen, was erst durch Zusatz von Natriumsuperoxyd zu dem in kochendem Wasser suspendierten Chrysarobin gelang. Die Wirkung des braunschwarzen Oxydationsproduktes auf psoriatische und trockene ekzematöse Hautstellen war gleich Null; nur bei Gesichtsekzemen und Rosacea, wo man sonst grade Chrysarobin vermeidet, schien es etwas zu nützen. Es ist dieses Chrysarobinatum oxydatum in der Wirkung gleich der Chrysophansäure aus Senna und Rheum. Der Unterschied gegenüber Pyraloxin ist handgreiflich; das Pyrogallol wird um so wirksamer, je mehr es sich oxydiert, beim Chrysarobin ist es umgekehrt. Besonders zu empfehlen wäre also die Kombination von Chrysarobin mit Pyraloxin in derselben Salbe. — Die gesunde Haut ist ein starkes Oxydationsmittel für das Chrysarobin, zu sorgen bleibt noch für die Gegenwart einer basischen Substanz, wollen wir ein Verständnis für die Wirkung des Chrysarobins gewinnen. Nun verhalten sich die basischen Substanzen verschieden zum Chrysarobin; ein Teil oxydiert es gar nicht; dazu gehören Zink, Wismut, Quecksilbersalze, Wasserglas, Schwefelleber. Wasserglaslösungen mit 5—10% Chrysarobin als Suspension bilden einen wasserlöslichen, trocknen, macerierenden Hautüberzug. Salben von Chrysarobin mit 5% Schwefelleber und 2—5% Salicylsäure sind auch gut, da in der Mischung die Oxydation in der Kruke ausbleibt. — Stärker oxydieren: Kalium sulfuratum in starker Dosis, Ammoniak, Schwefelammonium, kohlensaures Natron, Aqua calcis, alle Seifen und Hebrasche Salbe. Letztere färbt Chrysarobinsalben sofort

schwarz. Diese Eigenschaft ist gebunden an das ölsaure Bleioxyd. Nur ganz frische Herrasche Salbe schwärzt das Chrysarobin nicht, sodafs ein Zusatz des letzteren die beste Reaktion auf das Ranzigwerden der Salbe bietet. — Alle diese Substanzen eignen sich also nicht zur Kombination mit Chrysarobin; noch weniger aber Magn. ust., Calc. ust., Spirit. sapon. kal., Tinct., Liq. Natr. caust., Liq. kal. caust. etc. — Diese oxydieren das Chrysarobin sofort. Die Farbe der Oxydationsprodukte ist bald rot, rotbraun, bald braunschwarz, bald schwarz. Die rote Substanz ist die Chrysophansäure, die schwarz gefärbte stellt wohl weitere Oxydationsprodukte dar. — Die weitere Untersuchung wird sich erstrecken müssen auf die Bedingungen der Oxydation ohne Gegenwart von Basen und die Erforschung der Reaktion der Haut und Hautsekrete während der Chrysarobinoxydation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über eine Untersuchung verschiedener Gesichtspuder, von W. Murrer. (*Brit. med. Journ.* 6. März 1897.) Auf einer Versammlung der Pariser Friseure wurde behauptet, dafs die gewöhnlichen Gesichtspuder nicht mehr aus pulverisiertem Reis bestänben, sondern Kombinationen von Kreide, Bleiweifs, Bismut, gewöhnlicher Stärke und Alabaster in verschiedenen Verhältnissen wären, und dafs, wenn dies im Publikum allgemein bekannt wäre, sich der Verkauf dieser Puder zum Nachteil für das Friseurgeschäft vermindern würde. Es wurde ferner bemerkt, dafs Grund zu der Annahme vorhanden sei, dafs dem Gebrauch solcher Präparate gelegentlich Paralyse folgen kann. — Die in den Verkauf gebrachten Puder kann man in zwei Kategorien einteilen: 1. Die erste umfafst diejenigen Gesichtspuder, welche in Packeten ohne besondere Namen oder Schutzmarke verkauft werden. Sie enthalten zumeist Kartoffelstärke oder Maisstärke, gefärbt mit einer vegetabilischen Substanz, und einen geringen wohlriechenden Zusatz. Keine metallischen Ingredienzien wurden entdeckt. 2. Die zweite Kategorie umfafst diejenigen Puder, welche in Büchsen verpackt sind und unter verschiedenen Phantasiebezeichnungen feil geboten werden. Die meisten sind französischen Ursprunges. Acht Präparate wurden einer chemischen Analyse unterworfen. No. 1 führte den Namen „Rosenblattpuder“. Es fanden sich in 100 Teilen des Präparates 75% Stärkemehl, 15% Magnesium- und Calciumcarbonat und 10% französische Kreide. Von Rosenblättern keine Spur. No. 2 wurde als Reispuder präpariert mit Bismut verkauft, enthielt jedoch keinen Reispuder, sondern 80% Stärkemehl, 12% französische Kreide und nur 1% Bismut. No. 5 unter anderen wurde „Poudre rosée“ genannt, enthielt 50% Stärkemehl, 36% französische Kreide und 14% Zinkcarbonat. No. 6 hiefs „Poudre de Riz de Java“, enthielt aber keinen Reispuder, sondern nur 75% französische Kreide und 25% Zink. In einigen Präparaten wurde Blei entdeckt. Die Frage, ob der habituelle Gebrauch solcher differenten Präparate von nachteiligen Folgen für die Gesundheit begleitet sein könne, wird vom Verfasser nach seinen darauf gerichteten Untersuchungen entschieden bejaht. Blei- und zinkhaltige Präparate können bei längerem Gebrauche zu chronischer Bleivergiftung oder zu einer der Bleikolik ähnlichen „Zinkkolik“ führen. Die hauptsächlichsten Symptome sind Konstipation, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Schwindelanfälle, metallischer Geschmack im Munde. Bismutpräparate können einen an Knoblauchgeruch erinnernden Atem, den sogenannten „Bismut-Atem“ verbreiten. — Aus dem Gesagten geht hervor, dafs dem Pudergewerbe ernste Aufmerksamkeit zu schenken sei. *C. Berliner-Aachen.*

Über den therapeutischen Wert der antiseptischen Seifen, von E. Curzio. (*Settimana medica d. sperimentale.* 1897. No. 30 u. 31.) Verfasser hat die verschiedenen medikamentösen Seifen deutschen und italienischen Fabrikates auf bakterielle Kulturen untersucht und gefunden, dafs dieselben die Entwickelung oder die Lebensfähigkeit der

betreffenden Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes aureus) keineswegs zu störe vermögen. Die weiche Sublimatseife hat sich als gar nicht aseptisch erwiesen, indem sich auf mit solcher Seife zubereiteten Gelatine- und Agarplatten reichlich Schimmelpilze und Sarcinen entwickelten; etwas besser war in dieser Beziehung die harte Sublimatseife des Handels. Verfasser betrachtet deshalb den therapeutischen Wert der antiseptischen Seifen als vollständig illusorisch. Doch ist er der Ansicht, dafs diese Präparate in der dermatologischen Praxis mit Nutzen verwendet werden können, zumal da, wo ihr Gebrauch längere Zeit fortgesetzt werden mufs. Er möchte aber die anzuwendenden Antiseptica auf die Bor- und Salicylsäure beschränkt wissen.

C. Müller-Genf.

Verschiedenes.

Ein Suspensoriumersatz, von Karl Gerson. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 52.) Als Ersatz für das Suspensorium bei drohender oder ausgebildeter Epididymitis, Hydrocele, Varicocele empfiehlt Verfasser folgenden Verband: Rasur des Scrotum ohne Einseifung, Abwischen mit Alkohol und Äther. Während der Assistent den unteren Teil der Scrotalhaut des liegenden Patienten mit ganzer Hand erfafst und in die Höhe zieht, wird ein 3 cm breiter, etwa $^3/_4$ m langer Heftpflasterstreifen unter den nach der Bauchhöhle geschobenen Testikeln circulär um das Scrotum gespannt, sodafs der eingeschnürte Scrotumring etwa Daumendicke behält. Die ersten drei Touren decken einander, die drei folgenden sollen um die halbe Pflasterbreite höher liegen. Bei Abschwellung des Hodens wird über dem alten Pflasterring ein neuer appliziert. Ein solcher Verband kann 2—4 Wochen liegen bleiben. Der Hoden wird durch ihn am Leistenkanal fixiert, höher suspendiert als beim Suspensorium und komprimiert. Bei bettlägerigen Kranken ist der Verband besonders passend; er kann bei solchen auch halbseitig umgelegt werden. Bei ihnen kann man auch elastische lange Bänder in den Ring einkleben, die um das Abdomen geschlungen und angezogen werden, wenn der Hoden abschwillt. — Als geeignetes Pflaster erwies sich nur „Yorks Kautschuk-Zinkpflaster", hergestellt von Beiersdorf & Co. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neues Ästhesiometer, von H. Guesbach. (*Arch. f. ges. Physiol.* Bd. 68.) Bei seinen Versuchen über den Einfluſs geistiger Arbeit auf das Empfindungsvermögen der Haut fand Verfasser, dafs geistige Ermüdung die Fähigkeit, Tasteindrücke räumlich zu scheiden, vermindert. Um das genau nachzuweisen, genügten ihm die vorhandenen Instrumente nicht; er hat deshalb ein neues Ästhesiometer konstruiert, welches Fehlerquellen möglichst ausschliefst. Dasselbe ist von J. Braendli in Basel zu beziehen. (Preis 32 Mark.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Personalnotiz. An Stelle des verstorbenen Dr. Feulard ist unser geschätzter Mitarbeiter Louis Wickham zum Oberarzt des Hospitals St. Lazare ernannt worden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 3. 1. Februar 1898.

Behandlung des Trippers mit Spülungen.

Von

Dr. Neuhaus in München.

Seitdem Janet die „grofsen Spülungen“ mit Kalium permanganicum für die Therapie des frischen Trippers eingeführt hat, wurde sicherlich diese Behandlungsart von sehr vielen Ärzten in Anwendung gezogen. Eine nicht gar kleine Litteratur hat sich ja bereits über diese Methode verbreitet, aber die Heilergebnisse lauten sehr verschiedenartig. Während eine Anzahl Ärzte gleich dem Autor Janet (vergl. *Annales d. mal. d. org. gén.-urin.* 1896. No. 11) über glänzende Resultate berichten, erheben sich bereits Stimmen genug, welche mit dem Janetschen Verfahren mäfsige Resultate oder gar keinen bleibenden Nutzen erzielt haben. Diese Thatsachen lassen sich unschwer erklären. Zunächst dürfen wir nicht vergessen: Si duo faciunt idem, non est idem. Ein Teil der Ärzte hält sich nicht streng an die vorgeschriebenen Anzeigen; ist es ja doch nicht leicht, den Zeitpunkt festzustellen, in welchem gerade das eigentlich akute („phlegmonöse“) Stadium schon vorhanden ist; dann giebt es Modifikationen in der Technik, solche, welche die Stärke der Lösung, die Höhe des Druckes, die Berieselung der vorderen Harnröhre allein oder die Bespülung der beiden Harnröhrenpartien betreffen. Weitere variierende Dinge sind die Zahl und Energie der Krankheitserreger, der Gonokokken, sodann die individuelle Eigentümlichkeit, mit welcher der einzelne auf das Eindringen der Gonokokken und dann auf die Anwendung der Heilmittel reagiert. Soviel steht aber fest, dafs die Methode interessant genug ist, um von jedem Arzte geprüft zu werden, der täglich die Blennorrhoe zu bekämpfen hat. Geben recht viele Ärzte ihre Ergebnisse bekannt, so wird sich der wahre Wert der Behandlungsart bald herausstellen.

Auch ich gehöre zu jenen Häretikern, welche an die engen Grenzen der Janetschen Indikationen sich nicht gehalten haben, doch bin ich in der Ausführung und Überwachung der Spülungen stets so vorsichtig gewesen, dafs bei Tausenden von Spülungen einem Patienten niemals ein

wesentlicher Schaden erwachsen ist. Ich habe also die Spülungen mit Kalium permanganicum angewendet bei der ganz frischen Blennorrhoe, die zwischen 30—40 Stunden post coitum inficientem sich zeigte, ferner bei der akuten entzündlichen, mit deutlicher Eiterabsonderung einhergehenden Form, weiters bei der subakuten und auch bei der chronischen Blennorrhoe. Es wurden von mir jedoch nicht unterschiedslos alle akuten entzündlichen Blennorrhoen für die Spülung hergenommen, sondern, wo irgend ein circumscripter Herd vorhanden zu sein schien, wo auffällige Reizung der Harnröhre (Ödem der Vorhaut oder der Eichel) schon bestand oder eintrat, da habe ich die Spülungen entweder gar nicht begonnen oder sie ausgesetzt; dagegen war bereits bestehende, etwa acht Tage existierende Epididymitis kein Abhaltungsgrund; der Erfolg gab mir darin Recht. Die verwendeten Lösungen von Kalium permanganicum bewegten sich in der Stärke von 0,2 : 1 l bis 2,0 : 1 l stets abgekochten Wassers. Die Druckhöhe betrug 0,5—2 m. Selbstverständlich ist peinliche Reinlichkeit geboten; man muſs, wie GOLDBERG richtig hervorhebt, sich so benehmen, als ob man eine blutige Operation zu vollführen hätte. Und nun noch etliche Worte über den für die Spülungen benutzten Apparat. Es giebt bekanntlich sehr einfache Vorrichtungen, wie z. B. die von GOLDBERG vorgeschlagene Führung des Irrigators mittelst eines Hakens über zwei an der Wand angebrachte Rollen; ein solcher Apparat ist freilich billig herzustellen, aber bei ihm fehlt die reinliche und bequeme Handhabung, der Irrigator baumelt und verspritzt das Zimmer und die Kleider. Viel besser sind natürlich jene aus Eisen gefertigten Ständer, welche an einer beliebig hoch zu verstellenden Stange das Gefäſs tragen und durch Rollen an den Füſsen in jedem Teil des Zimmers aufstellbar sind. Aber diese Vorrichtung ist ziemlich teuer. Ich habe mir deshalb folgenden sehr einfachen, zweckentsprechenden und nicht kostspieligen Apparat hier anfertigen lassen: Gegenüber dem Untersuchungstische, in der Höhe desselben beginnend, befinden sich an der Wand zwei Längsleisten aus hartem Holz von etwa 2 m Länge. Durch drei schmale Querleisten sind sie zu einer Rinne verbunden, an diesen Querleisten wird mittelst Haken der Apparat sicher an der Wand befestigt, aus welcher er ohne Schwierigkeit wieder entfernt werden kann. In die Rinne dieser Vorrichtung paſst nun ein einfacher Holzschlitten, auf welchem mittelst eines Stiftes der Glasirrigator eingehängt wird. Oben am Schlitten ist in einem gut eingeschraubten Ringe eine kräftige Schnur angebracht, welche hoch oben über zwei Rollen läuft und seitlich unten wie ein Vorhang praktisch eingeklemmt werden kann. So läſst sich der Irrigator bequem und sicher bis 2 m hoch führen. Ich denke, daſs auch für chirurgische und gynäkologische Zwecke diese einfache Vorrichtung verwendet werden könnte.

Und nun seien, ohne daſs ich auf alle Details eingehe, die Resultate meiner Spülungen mit Kalium permanganicum dargelegt.

I. Ganz frische, perakute Blennorrhoe. Drei Fälle, welche 30, 36 und 40 Stunden nach dem letzten Coitus sich einstellten. Es waren mir schon früher bekannte ängstliche Leute, welche angeblich nie vorher von einem urethralen Leiden heimgesucht worden waren. Das Sekret war graulich gelblich, ein eigentümliches Kitzeln, leichtes Brennen bereits im Anzuge. Die Gonokokken leicht und zweifellos nachweisbar. Sofort Spülungen der Pars anterior mit Kalium permanganicum von 0,25—0,75 bis 1,0 zu 1 l Wasser, die ersten drei Tage je zweimal täglich, später nur einmal pro die. Druckhöhe bis 1½ m. Die Gonokokken verschwinden nach fünf und sechs Tagen, die Sekretion je zwei Tage später, also am siebenten und achten Tage. Dann wird jegliche örtliche Behandlung ausgesetzt, die antiblennorrhoische Diät noch acht Tage lang eingehalten. Jegliches Sekret blieb aus, nun wird Alkohol, später Coitus mit Kondom gestattet, es zeigt sich auch dann absolut kein Sekret mehr; nur ganz kleine Fäden schwimmen ab und zu im klaren Urin. Die Heilung ist also in sieben und acht Tagen nach zehn und elf Spülungen erfolgt und war wirklich eine definitive. Solche Fälle sind meiner Erfahrung nach selten, kommen am ehesten noch in der Privatpraxis vor, ängstliche, gebildete oder viel lesende Patienten sind es, die so frühzeitig dem Arzte für die abortive Behandlung zugehen.

II. Blennorrhoea acuta. 20 Fälle. Gonokokken in allen deutlich vorhanden, jedoch anscheinend in sehr verschiedener Menge. Es waren 3—6 Tage seit dem letzten Coitus verflossen, als die Patienten gleich oder am nächsten Tage nach dem Erscheinen der grünlichen eitrigen Sekretion mich aufsuchten. Trotzdem diese Fälle für das Janetsche Verfahren streng genommen nicht verwendet werden brauchen, habe ich dennoch geglaubt, die Spülungen mit Kalium permanganicum versuchen zu sollen. Das Verfahren begann sogleich, ich suchte nur die Pars anterior zu bespülen; Koncentration 0,20—1,0 : 1 l, Druckhöhe bis 1,80 m. Die Flüssigkeit drang öfters über den Compressor hinaus in die Blase, aber niemals entstanden dadurch bedeutende Beschwerden, nie habe ich überhaupt eine Komplikation eintreten sehen. — Auch bei diesen Patienten wurden die Irrigationen die ersten drei Tage hindurch alle zwölf Stunden ausgeführt.

Von diesen 20 genau überwachten Fällen heilten nur fünf Fälle, durchschnittlich in 12—16 Tagen, nach 15—18 Spülungen. Diese fünf Fälle blieben auch völlig frei von jedem Recidiv. Die Gonokokken blieben vom 5.—10. Tage ab, die Sekretion vom 8.—11. Tage an weg.

Bei den übrigen 15 Fällen schwanden die Gonokokken überhaupt nicht oder nur vorübergehend, die eiterige Absonderung war oftmals rasch

(vom 10. Tage an) anscheinend versiegt; setzte man aber 24 Stunden bis zwei Tage lang mit der Behandlung aus, so kam sie wieder zum Vorschein. Es mufsten dann andere Mittel und Methoden angewendet werden, z. B. Einspritzungen mit Argentamin, Argentum nitricum u. a., in der Regel kam man dann schneller zum Ziel.

III. Subakute Blennorrhoe. 18 Fälle. Sie bestanden 10—20 Tage post coitum inficientem. Gonokokken waren deutlich und meistens reichlich vorhanden. Es sind lauter Patienten, die entweder überhaupt noch nicht behandelt worden waren oder nur Santalkapseln genommen hatten, etliche hatten einige Tage Einspritzungen mit Borsäurelösung (4%) vorgenommen. Alle diese Fälle, welche ich für diese Rubrik auswählte, waren anscheinend zum ersten Male mit Tripper angesteckt.

Die Behandlungsart war im allgemeinen die oben geschilderte. Spülungen der Pars anterior mit Kalium permanganicum von 0,25—2,0 : 1 l; Druckhöhe bis 2 m.

Unter den 18 so behandelten Fällen ergaben sich zehn Heilungen. Der hierfür nötige Zeitraum betrug 10—45 Tage. In den übrigen acht Fällen glich das Resultat dem gewöhnlich bei der akuten Form hervorgetretenen, d. h. die Gonokokken schwanden gar nicht oder nur vorübergehend, ebenso, nur ephemer, konnte die Sekretion — auch ohne Diätfehler — hintangehalten werden. Andere Methoden und Medikamente brachten dann Heilung.

Unter den zehn durch Irrigationen mit Kalium permanganicum geheilten Fällen befinden sich drei, die mir einer besonderen Erwähnung wert erscheinen.

Der erste Fall zeichnet sich dadurch aus, dafs unter dem Einflusse weniger Spülungen (vier an der Zahl) bei einer heftigen Blennorrhoe die Gonokokken endgültig schwanden und dafs nach sechs Spülungen jedes Sekret wegblieb und keines mehr sich einstellte. Wir haben also hier eine geradezu frappante Wirkung der Spülungen mit Kalium permanganicum. Im einzelnen sei über den Fall folgendes erwähnt:

60jähriger, sehr kräftiger Mann. Ist vor zehn Jahren wegen akuter Blennorrhoe von mir zunächst exspektativ, dann mit Adstringentien, besonders Zinkmischungen behandelt worden und damals völlig genesen. Seitdem konsultierte er mich öfters wegen tertiärer Lues, deren Erscheinungen wurden stets leicht beseitigt. Jetzt, vier Tage nach einem aufserehelichen Coitus heftige Urethritis blennorrhoica. Die Zahl der Gonokokken auf jedem Präparate geradezu enorm. Patient will weder exspektativ, noch mit Spülungen von Kalium permanganicum sich behandeln lassen, besteht durchaus darauf, dafs ich ihm die nach seiner Ansicht am raschesten wirkende Ricordsche Emulsion verschreibe. Mit diesem Adstringens spritzt er sich nun etwa 14 Tage lang ein, die Sekretion ist anscheinend versiegt. Nachdem seine Harnröhre drei Tage lang so trocken geblieben, ergiebt er sich tüchtig dem Alkohol, übt auch einmal mit seiner Frau den Coitus aus. Die Reaktion war heftig: Urethritis posterior und hochgradige Prostatitis mit Schmerzen, Drang, Fieber, hartnäckiger Verstopfung brachten den

Mann in wenigen Tagen sehr herunter; die Eitersekretion, die Zahl der Gonokokken so reichlich wie vorher. Durch passende Diät, Weglassen jeder örtlichen (urethralen) Behandlung, interne und rektale Medikation wurde Prostatitis und Urethritis posterior in zwölf Tagen völlig beseitigt. Und nun applizierte ich dem jetzt ganz willfährigen Kranken Spülungen beider Harnröhrenabschnitte mit Kalium permanganicum 0.25—0,80 : 1 l Wasser; alle 24 Stunden wurde eine Spülung gegeben. Nach vier Spülungen waren die Gonokokken völlig geschwunden, nach sechs Spülungen jegliches Sekret. In Zwischenräumen von je zwei Tagen bekam Patient noch drei Spülungen. Dann ward jede Behandlung ausgesetzt, da Heilung eingetreten. Alkohol, geschlechtlicher Verkehr (mit Präservativs) riefen nicht die geringste Absonderung mehr hervor, die Heilung ist endgültig gewesen.

Der zweite hierher gehörige Fall zeigt neben anderen Auffälligkeiten (z. B. der Hartnäckigkeit gegenüber verschiedenen Mitteln und Methoden) insbesondere das Merkwürdige, dafs die anfänglich und lange angewendeten Spülungen der Harnröhre mit Kalium permanganicum nutzlos waren, dafs dagegen die einige Monate später mit verstärkter Koncentration des gleichen Mittels ausgeübten Spülungen in ganz kurzer Zeit Heilung herbeiführten.

Aus dieser Krankengeschichte mögen einige Notizen anbei folgen:

20jähriger sehr nüchterner und zuverlässiger Student bekommt anfangs Januar seine erste Blennorrhoe. Drei Tage post coitum begiebt er sich in Behandlung. Absonderung eitrig, Gonokokken zahlreich. Spülungen mit Kalium permanganicum, die ersten vier Tage zweimal täglich, dann nur eine pro die. Koncentration 0,25—1,0 : 1 l. 23 Spülungen. Keine Komplikation. Kein Erfolg. Jetzt Einspritzungen mit Antiseptica (Argentamin, Argentum nitricum, Thallin u. a.), die Eiterung weicht nur tageweise, ebenso die Gonokokken. Niemals circumscripte Herde, auch das Endoskop läfst solche vermissen. Aussetzen jeglicher örtlicher topischer Behandlung, später Spülungen mit Argentum nitricum vermittelst Katheter und Spritze. — Alles nutzlos. Jetzt wird die Irrigation der Pars anterior mit Kalium permanganicum neuerdings (nach drei Monaten) wieder aufgenommen, aber mit viel stärkeren Lösungen, nämlich von 1,5—2,0 : 1 l. Dieselben wurden gut vertragen; in Abständen von zwei Tagen wird je eine gegeben. Nach sechs Spülungen sind die Gonokokken nicht mehr auffindbar, nach zehn Spülungen ist jegliches Sekret geschwunden. Sicherheitshalber gab ich noch drei Spülungen in mittlerer Stärke 1,0 : 1 l. Die Heilung hielt an, auch nach reichlichem Alkoholgenusse und präventivem Geschlechtsverkehr.

Der dritte hierher passende Fall beweist, dafs auch bei bestehender Nebenhodenentzündung die Blennorrhoe nützlich mit Spülungen behandelt werden kann, ja, dafs Urethritis blennorrhoica und Epididymitis zu gleicher Zeit rückgängig gemacht werden. Doch dürfte es sich empfehlen, mit den Spülungen zu warten, bis die Epididymitis das Entwickelungsstadium hinter sich hat.

Der Fall betraf einen 28jährigen Fabrikanten, der seit sechs Wochen an Blennorrhoe litt. Linksseitige Epididymitis seit zehn Tagen. Eitersekretion lebhaft, Gonokokken zahlreich. Scheint einige Zeit Zinklösung eingespritzt zu haben. Passendes Suspensorium wird jetzt angelegt; sofort Spülung beider Partien mit Kalium permanganicum, einmal pro Tag: Stärke 0,20—0,50 : 1 l. Die Nebenhodenentzündung geht rapid zurück, Eitersekretion versiegt nach zehn Spülungen, die Gonokokken sind

schon vorher geschwunden. Trinkt plötzlich sechs halbe Liter Bier, darauf neuerdings eiterige Absonderung, Gonokokken. Jetzt wieder Spülungen bis 2,0 Kal.: 1 l, die Sekretion wird schleimig, weifslich, Auspritzungen mit Argentum nitricum in geringer Zahl beendigen die Urethritis, der Nebenhoden ist schon 14 Tage nach Beginn der Behandlung normal.

IV. Chronische Blennorrhoe. 50 Fälle mit und ohne Gonokokken. Diese betrafen nur solche Patienten, welche eine gewisse Ausdauer gegenüber der Spülbehandlung zeigten, andere habe ich hier nicht mitgezählt. Es wurden mindestens je zehn Spülungen, aber auch viel mehr gegeben, die Koncentration der Lösung, die Druckhöhe waren bedeutend, beide Partien der Harnröhre wurden öfters irrigiert. Die Spülungen wurden entweder als einziges Hülfsmittel in Betracht gezogen oder neben anderen Methoden: Sondierungen, Dilatationen, endoskopischen Betupfungen etc. verwendet. Der Erfolg war nicht ermutigend. Zwar sah ich Besserungen, indem eiterige Sekretion in schleimige sich umwandelte, die Gonokokken manchmal schwanden, aber durch die Spülungen mit Kalium permanganicum allein ward kein Fall von Urethritis chronica geheilt.

* * *

Ziehe ich also das Facit aus diesen meinen therapeutischen Versuchen, so ergiebt sich ein vortreffliches Resultat: 100% Heilungen in 7—8 Tagen bei den wenigen ganz frischen Fällen, 25% Heilungen in 12—16 Tagen bei den eigentlich akuten Formen, 55% Heilungen innerhalb 10—45 Tagen bei den subakuten Fällen, kein Erfolg bei chronischen Fällen.

Nach dem eben Angeführten und meinen sonstigen Erfahrungen möchte ich betreffs der Spülungen mit Kalium permanganicum noch ausdrücklich hervorheben:

Diese Spülungen sind umständlich, sollen niemals dem Patienten überlassen, sondern stets nur von einem Arzte ausgeführt werden. Sie sind passend bei 30—40 Stunden bestehenden Blennorrhoen, von zweifelhaftem Erfolge bei den bereits mit eiteriger Sekretion sich vorstellenden Kranken, bieten bessere Aussichten bei subakuter Blennorrhoe und sind daher in geeigneten Fällen zu versuchen. Bei chronischen Urethritiden und Blennorrhoen wende man sie in der Regel als alleinige Therapie nicht an.

Die Spülungen mit permangansaurem Kalium sind nun für mich auch ein Ansporn gewesen, auch andere Medikamente zu Irrigationen von 1—2 l Inhalt zu verwenden. So habe ich — wie es auch von Hamburg aus geschah — das Ichthyol verwendet und zwar in drei Fällen subakuter Blennorrhoe mit vortrefflichem, heilenden Erfolge. Die Stärke der

Lösungen betrug 1—1½%, die Heilung erfolgte in 16—20 Tagen; die Schmerzen waren gering.

Mir scheint deshalb die Verwendung des Ichthyol, dieses antiblennorrhoischen und entzündungswidrigen Medikamentes, als Irrigationszusatz wohl beachtenswert.

Weiters habe ich eine grofse Anzahl von Spülungen der Harnröhre mit Sublimat unternommen. Bei der eigentlichen Blennorrhoe, also der Urethritis mit Gonokokken, ob sie akut, subakut oder chronisch war, konnte ich dadurch eine Heilwirkung nicht erzielen. Insbesondere liefsen sich die Gonokokken nicht zum Verschwinden bringen.

Ganz anders war der Erfolg bei einer Anzahl von Urethritiden, die nach dem Verschwinden der Gonokokken noch fortbestanden und regelmäfsig eine schleimige weifsliche oder grauliche Sekretion aufwiesen. In diesen Fällen konnte man mikroskopisch meistens, aber nicht immer, verschiedene Kokken und Stäbchen, manchmal Streptokokken, andere Male den Bacillus coli ohne Schwierigkeit auffinden. Während ich mich in früherer Zeit oft genug mit solchen Fällen trotz Anwendung von verschiedenartigen Prozeduren, z. B. Spülungen mittelst Katheter unter Benutzung von Argentum nitricum-Lösungen oder Einträufelungen verschiedener Art, Sondierungen etc. vergeblich abgemüht hatte, sah ich in einer grofsen Zahl dieser Urethritiden unter Sublimatspülungen in der Stärke von 0,1—0,25 : 1 l Wasser die Absonderung, die Fäden, Krümel bald völlig verschwinden, auch endoskopisch liefs sich die Rückkehr der Harnröhre zur Norm feststellen. Natürlich sind circumscripte Infiltrate gewöhnlich dadurch nicht zu beeinflussen. Der Einfluſs des mächtigen Antisepticum Sublimat auf die oben geschilderten postblennorrhoischen Harnröhrenentzündungen ist übrigens schon längere Zeit bekannt; JANET und andere französische Autoren haben darauf hingewiesen, auch ULLMANN hebt den Nutzen des Sublimats hervor, will es zugleich als Präventivmittel post coitum erprobt wissen, was mir sehr vernünftig erscheint. Doch verwendet es der genannte Autor in Verbindung mit Natrium bicarbonicum. Ganz strenge Indikationen für die Anwendung der Sublimatspülungen lassen sich derzeit noch nicht aufstellen, denn manchmal fanden sich im Sekrete keine Bakterien und dennoch schwand der Ausfluſs auf die Sublimatspülungen hin. Die Prozedur selbst ist meistens von etwas Brennen begleitet, das je nach der Stärke der Lösung stundenlang anhalten kann. Einmal sah ich schon nach Spülung mit 0,1 : 1000 eine kleine häutige Abstofsung, worauf der Rest der bis dahin bestehenden Sekretion endgültig, nach im ganzen drei Irrigationen, wegblieb. Immerhin dürfte bei Sublimat eine gewisse Vorsicht geboten sein, da die Blase gerne darauf mit Reiz antwortet.

In ähnlicher Weise nützlich scheinen mir auch bei postblennorrhoi-

schen Urethritiden Lösungen von Pyoktanin zu wirken; doch ist meine Erfahrung darüber noch zu gering, als dafs ich es allgemein empfehlen könnte.

Und nun vor dem Schlusse noch etliche Worte über Spülungen mit Silbersalzen: Argentum nitricum, Argentamin, Argonin, Protargol, Itrol. Meiner Ansicht nach könnten Spülungen mit den Lösungen dieser Mittel die ganz frische Urethritis blennorrhoica in abortiver Weise beeinflussen, doch habe ich nur etliche Fälle unter Spülungen mit Argentum nitricum-Solutionen von 0,1 % Stärke in relativ kurzer Zeit heilen sehen. Für die bereits mit Eiter in die Erscheinung tretende Blennorrhoea acuta sind jedenfalls die üblichen Einspritzungen mit den oben genannten Silbersalzlösungen mittelst passender Tripperspritze das rationellste Verfahren; ich arbeite am liebsten mit Argentamin und Protargol. Bei der subakuten Blennorrhoe dürften die Injektionen mit Katheter und grofser Spritze am meisten empfehlenswert sein, hier scheint mir Argentum nitricum in der Regel das allerbrauchbarste und wichtigste Arzneimittel.

Soviel aber steht fest, dafs diejenige Art von Spülung, welche hauptsächlich Janet zur Methode ausgebildet hat, einen bleibenden Wert in der urologischen Praxis behalten wird. Die Indikationen für diese Behandlungsweise, die Medikamente, welche dafür passen und anderes — das wird die ärztliche Erfahrung allmählich genau feststellen.

Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung.

Von

Dr. Iwan Bloch-Berlin.

Wohl nie ist so eifrig wie im letzten Jahre die Frage der zweckmäfsigsten Therapie der Urethritis blennorrhoica erörtert worden. In den meisten derartigen Betrachtungen läfst sich eine gleich näher zu charakterisierende Tendenz nicht verkennen. Trotzdem die Lehrbücher, Aufsätze und Monographien neben den zahlreichen Injektionsmitteln und sonstigen lokalen Behandlungsmethoden auch die gebräuchlichen durch Diätetik und Pharmakologie uns gebotenen kurativen Handhaben gewissenhaft registrieren, so geschieht dies doch nur nebenbei. Der Schwerpunkt der im Augenblicke dominierenden Therapie fällt — darüber bleibt nach Lektüre der meisten neueren Publikationen durchaus kein Zweifel — in die lokale

Beeinflussung der erkrankten Harnröhre durch Injektionen, Irrigationen, Katheter, Pinsel etc. Es ist nicht zu leugnen, dafs wir in dieser grofse Fortschritte gemacht haben, die deshalb von dauerndem Werte sind, weil sie auf den seit Entdeckung des Gonococcus rationeller gestalteten Anschauungen über den Verlauf des ganzen Krankheitsprozesses beruhen. Dennoch — scheint mir — ist eine zu einseitige Überschätzung des Gonococcus eingetreten (in bezug auf Therapie, nicht auf Diagnostik). Man glaubt den Tripper am besten und schnellsten durch Einspritzungen zu heilen, welche den Gonococcus abtöten, und vindiziert so den Injektionen das gröfste Übergewicht bei den in Betracht kommenden Behandlungsweisen. Aber man vergifst, dafs der Schwerpunkt aller Heilung weniger in antibakteriellen Mafsnahmen als in „organischen Restaurationen", in den natürlichen, die Restitutio ad integrum anstrebenden Vorgängen im erkrankten Organismus liegt. Denn „nicht die pathologische Anatomie und nicht die Ätiologie ist das letzte Wort der Medizin. Die Krankheiten und ihre Produkte sind veränderlich, der Körper akkommodationsfähig. Das letzte Wort gebührt der pathologischen Physiologie, der Kenntnis der Wandlungen, deren der erkrankte Körper fähig ist durch eigene Kraft, wie bei wohlüberlegter Hülfeleistung. Die Regulation der Störungen, das ist der entscheidende Gesichtspunkt. Auf dieser Wissenschaft mufs die ärztliche Kunst beruhen." (Samuel, Art. „Heilung" in *Eulenburgs Realencycl.* X. 1896.) Diese im Organismus selbst liegenden Heiltendenzen vermögen allein auch beim Tripper die Gonokokken endgültig zu beseitigen, die oft genug nach Injektion der besten Mittel für den Augenblick verschwinden, um später wieder aufzutauchen, weil die eigentlichen Heilbedingungen nicht vorhanden waren. Diese werden nicht nur durch die lokale Beeinflussung geschaffen, sondern vielleicht noch mehr durch den Komplex jener im weitesten Sinne diätetischen Mafsnahmen, welche den Körper und speziell den erkrankten Teil zu zweckmäfsigen Reaktionen gegen den Krankheitserreger veranlassen. Was Lebert vor 40 Jahren von den blennorrhoischen Prozessen sagte, ist heute noch zutreffend. „Nur der wird ein glücklicher Arzt bei diesen Krankheiten, welcher mit Allseitigkeit und Umsicht die örtliche Behandlung mit der allgemeinen zu kombinieren versteht." — Wenn ich mir nach diesen einleitenden Ausführungen einige kurze Bemerkungen über Blennorrhoetherapie erlaube, wiederhole ich zum gröfsten Teile nur längst Bekanntes, das aber vielfach (selbst bei Posner und Finger) mehr aphoristischer Andeutung als präciser und eingehender Hervorhebung teilhaftig wird. Dafs die Gonokokken durch absolute Ruhe und zweckmäfsige Diät sehr oft von selbst verschwinden und der Tripper ohne Injektionen geheilt wird, beweisen vielfache klinische, besonders in den Militärlazaretten gesammelte Erfahrungen. Sehr nützlich erweist sich in allen Fällen eine

möglichst absolut durchgeführte Milchdiät (wie sie in Frankreich vielfach üblich ist). Geistige Getränke scheinen weniger die eiterige Sekretion zu steigern als vielmehr die Neigung zur chronischen Erkrankung zu befördern. Von den vielen bei akuter Entzündung empfohlenen aromatischen Dekokten habe ich Folia uvae ursi und Folia Bucco meist mit dem Erfolge angewendet, dafs die Schmerzen und Erektionen gelindert wurden. Am besten bewährt sich in dieser Beziehung die alte Todesche Komposition von Fol. malv. 100,0 Rad. Alth., Fruct. Cannab. ind. ā 50,0 (1 Eßlöffel auf 3—4 Tassen Wasser zum Thee). Alle Flüssigkeiten sind, in mittleren Quantitäten genommen, am heilsamsten. In allen Fällen von akuten und subakuten Trippern — einerlei, ob die Entzündung sehr stark oder gering ist — scheint eine (von den alten Ärzten stets angewendete) energisch durchgeführte Antiphlogose in Gestalt häufig gewechselter kalter Umschläge um das Glied oder täglicher Einreibungen mit Ung. cinereum den Prozefs sehr günstig zu beeinflussen, vorausgesetzt, dafs man nicht ein bis zwei Tage, sondern ein bis zwei Wochen die Umschläge oder Einreibungen machen läfst. Diese Methode ist als ein wesentliches Unterstützungsmittel für die Herbeiführung der Heilung dringend zu empfehlen. Hier reihen sich auch die von Winternitz (*Hydrotherapie*, pag. 211) empfohlenen kalten, temperierten und warmen Sitzbäder an, über deren verschiedene Anwendung je nach den Erscheinungen der akuten und chronischen Blennorrhoe der genannte Autor präcise Indikationen giebt, die in richtiger Weise angewendet ebenfalls therapeutisch wirksam sind, wenn auch nicht jeder solche frappanten Erfolge haben wird wie der vielerfahrene Winternitz. Sehr schädlich wirkt, wie allbekannt, die durch Obstipation hervorgerufene Hyperämie der Beckenorgane, die am schnellsten durch einige Dosen Kalomel gehoben wird. Die meisten bei der Blennorrhoe therapeutisch angewendeten ätherischen Öle scheinen in den üblichen kleinen Dosen eine solche Neigung zur Verstopfung zu begünstigen. Was nun speziell die medikamentösen Mittel bei Urethritis blennorrhoica betrifft, so bewährt sich von allen ätherischen Ölen nicht nur, sondern auch von den übrigen innerlich gebrauchten Medikamenten das Sandelholzöl am meisten. Während Kubeben, Copaiva, Kawa-Kawa, Salol etc. unzuverlässig sind in Beziehung auf Heilwirkung, giebt die Anwendung des Oleum Santali sehr gleichmäfsige und sichere Resultate, so dafs man fast von einer spezifischen Wirkung reden kann. Ja, Penzoldt sagt in seinem sonst so kritischen *Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung:* „Bei gleichzeitigem zweckmäfsigem diätetischen Verhalten scheint das Sandelholzöl wirklich die Blennorrhoe zu heilen.“ Der Wert des Mittels zeigt sich aber erst nach sehr langer Anwendung und am meisten beim chronischen Tripper. Man kann es wochenlang ohne auffällige Nebenwirkungen gebrauchen lassen (nur bei intakten Nieren).

Bekannt ist auch die gute Wirkung des Oleum Santali bei der akuten Urethritis posterior oder, wie CASPER richtiger den dabei auftretenden Symptomenkomplex nennt, bei Cystitis colli. Das neuerdings empfohlene Urotropin beseitigt prompt nur die interkurrente Phosphaturie (CASPER), welche entschieden den blennorrhoischen Prozefs ungünstig beeinflufst.

Nach diesen Erörterungen über die verschiedenen diätetisch-pharmakotherapeutischen Mafsnahmen bei der Behandlung der Blennorrhoe, welche in ihrem ganzen Umfange neben der lokalen Therapie ergriffen werden sollten, wende ich mich zur letzteren, welche ich trotz des oben gesagten keineswegs in ihrer Bedeutung unterschätze. Von vornherein bekenne ich mich als begeisterten Anhänger der JANETschen Methode, die, richtig ausgeführt, zweifellos alle Injektionen übertrifft, oder besser durch Injektionen allein nicht ersetzt werden kann. Dabei ist zuzugeben, dafs man, am Prinzip festhaltend, wesentliche Modifikationen der ursprünglichen von JANET angegebenen Ausführung vornehmen mufs, um die Methode sicher wirksam, schmerzlos und unschädlich zu machen, so dafs sie ebenso bei akuter wie bei chronischer Blennorrhoe angewendet werden kann. Dafs bei frischem Tripper oft bedrohliche Zustände (Blutung, Harnretention) nach den Irrigationen sich entwickeln, beruht auf der Anwendung eines zu hohen Druckes und zu hoch procentuierter Lösungen des Kaliumpermanganats (GUIARD). Man braucht nicht viel über 1 m Druck hinauszugehen, um nach gehöriger Anfüllung der vorderen Urethra und richtigem Verschlufs des Orificium externum den Compressor zu überwinden und so die hintere Harnröhre der Irrigation zugänglich zu machen. Lösungen von 1 : 8000 bis 1 : 3000 wirken sichtlich besser als die von JANET angegebenen 1 : 4000 bis 1 : 1000. Welcher Art ist nun diese Wirkung? Das Kaliumpermanganat wirkt offenbar weder hervorragend antiseptisch noch sehr adstringierend. Aber zweifellos übt es schon an und für sich, auch ohne Anwendung von Druck bei der Irrigation, einen günstigen Einfluls auf die erkrankte Harnröhrenschleimhaut aus, der, wie so vieles in der Therapie, nicht näher definiert werden kann, aber empirisch feststeht (vielleicht durch die leicht ätzenden und daher tonisierenden Eigenschaften des die Gewebe oxydierenden Mittels zu erklären). Diese heilsame Wirkung beobachtet man auch sehr häufig nach einfachen Injektionen mit übermangansaurem Kalium. Bei der JANETschen Methode kommt noch die durch die Druckirrigation bedingte mechanische Wirkung (einer Art Massage vergleichbar) hinzu. Dieser letzteren und nicht, wie JANET meint, dem Kaliumpermanganat schreibe ich die „réaction séreuse“ zu, welche nach diesem Autor die Mikrobien fortschwemmen (balayer) und ihnen den Nährboden entziehen soll. Hauptsache ist, dafs die Harnröhrenschleimhaut in einem für die Heilung günstigen Sinne beeinflufst wird.

So gelingt es — bei akutem und chronischem Tripper — unter

Beobachtung aller Kautelen (häufige Untersuchung auf Gonokokken, tägliche Beobachtung des Morgenurins in zwei Portionen) und unter den der jeweiligen Individualität mit grofser Vorsicht angepafsten und erst nach Ablauf der heftigsten entzündlichen Symptome vorgenommenen täglichen Irrigationen, nicht in 8—14 Tagen, wohl aber in 4—6 Wochen sichere und vollständige Heilung zu erreichen, die mindestens noch drei Wochen hindurch durch Untersuchung des Urins und der Prostata kontrolliert werden mufs.

Wer von der Janetschen Methode so viel Gutes gesehen hat, kann sich nicht leicht entschliefsen, den neuerdings wieder in den Vordergrund gestellten Injektionen die Hauptrolle bei der Behandlung der Urethritis blennorrhoica einzuräumen. Die Überschätzung der Injektionstherapie beruht vorzüglich darauf, dafs durch sie schnell der Ausflufs und damit die zu Tage tretenden Gonokokken beseitigt werden. Wir haben aber nicht nötig, so schnell wie möglich die Elimination der Gonokokken anzustreben und dadurch oft den zweckmäfsigen Ablauf der entzündlichen Vorgänge zu stören, die ohnehin durch das rasche Eindringen der Gonokokken in die Tiefe einen eigentümlichen Charakter annehmen. So lassen die nach Injektionen beobachteten häufigen Recidive vermuten, dafs diese meist ohne ärztliche Aufsicht vorgenommenen und daher unberechenbare Zufälle ermöglichenden Einspritzungen keinen günstigen Einflufs auf den pathologischen Zustand in der Harnröhre ausüben. Gegenüber der neuerdings mit Nachdruck u. a. von Neisser vertretenen Ansicht, dafs man die Injektionen so früh wie möglich beginnen solle, sehe ich die ersten entzündlichen Erscheinungen als eine natürliche Reaktion an, die man ablaufen lassen soll, um dann erst die heilsamen Alterationen zugängliche Schleimhaut durch lokale Behandlung rationell zu beeinflussen. Für diese haben mir bisher die Janetschen Irrigationen so günstige Ergebnisse geliefert, dafs ich immer wieder auf diese zurückkomme und Injektionen nur eine kleinere Rolle einräume. Als die besten Injektionsmittel bewährten sich mir für den Anfang Argonin und Ichthyol, später Kalium permanganicum und Zincum sulfuricum.

Von dem vielgerühmten Protargol habe ich wenig Erfreuliches gesehen. Ich habe bisher sieben Fälle mit Protargolinjektionen (¼—1%) behandelt. Bei allen verschlimmerten sich die Symptome (stärkerer, hartnäckiger, eiteriger Ausflufs, schmerzhafte Erektionen, Schmerzen beim Urinieren) und bei drei Patienten trat Urethritis posterior trotz der Injektionen hinzu. Der siebente Fall betraf einen Mediziner im 8. Semester, der, über neueste Trippertherapie sehr orientiert, mit einer frischen Blennorrhoe zu mir kam, und, schon fest entschlossen, Protargol anzuwenden, mich nur um Rat fragte. Trotz meiner Warnung wendete er ¼% Protargollösung mit dem Erfolge an, dafs der bis dahin spärliche

schleimig-eiterige Ausfluſs sich sofort zu enormer eiteriger Sekretion steigerte mit kolossaler Vermehrung der Gonokokken, starkem Ödem des Penis und schmerzhaften, selbst groſsen Dosen von Bromkalium nicht weichenden Erektionen. Ich begnüge mich mit bloſser Registrierung dieser Fälle, da ein Urteil durch die geringe Zahl der Beobachtungen nicht gerechtfertigt ist. Herr Kollege Dr. DUFAUX hat mich freundlichst zu der Mitteilung an dieser Stelle ermächtigt, daſs nach seinen bisherigen Erfahrungen das Protargol keinerlei Vorzug vor dem Argonin habe.

Über das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum.

Von

Dr. ARTHUR STRAUSS,
Spezialarzt für Haut- und Harnkrankheiten in Barmen.

In der letzten Zeit sind verschiedene Silberverbindungen dargestellt worden, welche die Eigenschaft des Argentum nitricum, mit Eiweiſskörpern unlösliche Niederschläge zu bilden, nicht besitzen und infolge dessen eine gröſsere Tiefenwirkung entfalten. Als zuerst angegebene Mittel dieser Art sind das Argentamin und das Argonin zu nennen, welche namentlich bei der Behandlung der Blennorrhoe eine weitgehende Prüfung erfahren haben. Liegt es doch zu nahe, daſs wir gerne jedes neue Mittel versuchen, welches eine einigermaſsen zuverlässigere und reizlosere Wirkung gegenüber den so überaus zähen Gonokokken als die bis dahin üblichen Medikamente verspricht. Die Unzuverlässigkeit, die allen alten Trippermitteln mehr oder weniger anhaftete, ist auch dem Argentamin und Argonin, unter voller Würdigung ihrer Vorzüge, nicht abzusprechen. Beim Argentamin stört vor allem die infolge seiner alkalischen Reaktion eintretende Ätzwirkung, und wenn das Argonin auch keine koagulierende Wirkung auf das Eiweiſs besitzt und nicht alkalisch reagiert, daher als ein verhältnismäſsig reizloses Antiblennorrhoicum bezeichnet werden darf, so ist doch bei diesem Mittel die Bindung des Silbers noch so locker — es wird z. B. durch Säuren leicht abgespalten — daſs dadurch die Tiefenwirkung des Mittels noch wesentlich beeinträchtigt werden muſs. Es ist nun dem Chemiker Dr. A. EICHENGRÜN[1] in Elberfeld gelungen, mit Hülfe eines Proteïnstoffes eine Silberverbindung herzustellen, welche das

[1] *Pharmac. Centralhalle.* 1897. No. 37.

Silber nicht nur in maskierter Form, sondern auch in organischer Bindung, d. h. anstatt in Form eines Salzes oder Doppelsalzes in fester Verbindung mit dem Proteïnmolekül selbst enthält, eine Verbindung, deren wässerige Lösung weder durch Eiweifs noch durch verdünnte Chlornatriumlösung, weder durch verdünnte Salzsäure noch durch Natronlauge gefällt wird. Erst koncentrierte Salzsäure ruft eine Fällung hervor, aber nicht von Chlorsilber, sondern von der Verbindung selbst. Diese Verbindung hat EICHENGRÜN Protargol genannt. Sie stellt ein in Wasser, bis zu 50%, auch in Glycerin ziemlich leicht lösliches gelbes Pulver dar und enthält 8,3% Silber (Argentum nitricum 63,5%, Argonin 4,2%, Argentamin mit 10% Argentum nitricum: 6,35%). In dieser Silberverbindung hat uns EICHENGRÜN ein Antiblennorrhoicum gegeben, das bezüglich seiner Zuverlässigkeit und schnellen Wirkung, sowie auch seiner Reizlosigkeit alle anderen Mittel übertrifft. Es ist zweifellos das beste Trippermittel, das wir besitzen, das Mittel, welches NEISSERS Forderungen: — 1. möglichst frühzeitige und vollständige Abtötung der Gonokokken an allen ihren erreichbaren Ansiedelungsstellen; 2. möglichste Schonung der Schleimhaut, wenn irgend möglich Vermeidung jeder Steigerung der Entzündung, jeder Gewebsschädigung, aller überflüssigen Schmerzen — in geradezu idealer Weise erfüllt. War es schon sehr vertrauenerweckend, wenn ein Dermatologe wie NEISSER[2] sich, wie er vom Protargol schrieb, in der glücklichen Lage fühlte, ein leistungsfähigeres und den anderen Medikamenten überlegenes Medikament, von dem er so gleichbleibend gute und sichere, auch schnell eintretende Erfolge gesehen wie von keinem Mittel zuvor, so schlossen sich bald diesem günstigen Urteil BARLOW[3] an, der von einer ganz vorzüglichen Wirkung spricht, und in demselben Sinne BENARIO[4], der u. a. das Protargol als ein souveraines Mittel bei der Behandlung der Blennorrhoe bezeichnet.

Auch ich habe über dieselben günstige Erfolge auf Grund meiner Erfahrungen, die ich dank der freundlichen Zusendung reichlicher Mengen des Protargols durch die Farbenfabriken vorm. FR. BAYER & Co. in Elberfeld, gesammelt habe, zu berichten, und zwar insbesondere beim akuten Tripper. Über seine Wirkung beim chronischen Tripper vermag ich, da die Prüfungszeit noch eine zu kurze ist, noch kein abschliefsendes Urteil zu fällen; es scheint auch hier von gröfstem Werte zu sein. Bezüglich des akuten Trippers kann ich aber, auf Grund zahlreicher Fälle, nur sagen, dafs die oben erwähnten Autoren nicht ein Wort zu viel gesagt haben. Etwa 30 Fälle von akuter Blennorrhoe, die ich mit Protargol behandelt, sind vor Ablauf des akuten Stadiums, was ich

[2] *Dermatol. Centralbl.* 1. Jahrg. No. 1.
[3] *Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 45 u. 46.
[4] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 49.

nach genügend lange fortgesetzter Beobachtung aussprechen darf, geheilt worden. Unter Heilung verstehe ich nicht nur das endgültige Verschwinden der Gonokokken auf Grund mehrmaliger Untersuchungen in Zwischenräumen von mehreren Tagen, sondern ein Versiegen oder doch fast vollständiges Versiegen des Ausflusses. Wenn er noch bestand, so handelte es sich stets nur um eine geringe Spur wässerigen oder schleimigen Sekretes, eventuell mit geringer Beimengung von Leukocyten, das auch bei nachträglicher Anwendung schwacher adstringierender Lösungen, bei Biergenufs etc. diese Eigenschaft nicht wieder verlor. Es dürfte am Platze sein, wenn ich kurz einige charakteristische Krankengeschichten wiedergebe.

R. K. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 3 Wochen. Ausfluſs seit 14 Tagen. Bisher neun Tage lang Injektionen von Solut. Kalii permangan. 0,05:200,0; sodann wurde, da der Ausfluſs schleimig wurde, 17 Tage lang nicht gespritzt, Patient blieb aufser Behandlung, kam erst wieder, als nach Biergenufs wieder vermehrtes eitriges Sekret auftrat. Gonokokken spärlich nachzuweisen. Nunmehr Injektionen mit Protargol 1 %. Nach 4 Tagen Sekret dünnflüssig, keine Gonokokken; 4 Tage später keine Gonokokken, Sekret geringer und schleimig. Jetzt Solut. Kalii permangan. 0,05:200,0. 7 Tage später: Sekret schleimig, keine Gonokokken. Injektionen ausgesetzt. 3 Tage später: spärliches schleimiges Sekret ohne Gonokokken. 3 Tage später: Trotz Biergenusses keine Veränderung.

L. M. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 8 Tagen, Ausfluſs seit 3 Tagen. Zunächst Injektionen mit Kalium permangan. 0,05:200,0. 6 Tage später: Ausfluſs hat abgenommen, Gonokokken noch zahlreich. Jetzt Protargol 0,5 %. 3 Tage später: Ausfluſs schleimiger. Gonokokken. 4 Tage später: Kein Ausfluſs mehr. Protargol 1 %. 10 Tage später; Patient hat noch 5 Tage gespritzt, dann 5 Tage lang ausgesetzt; in dieser Zeit hat sich wieder Ausfluſs eingestellt. Wieder Gonokokken. Urin in zwei Portionen trübe: Urethritis blennorrhica posterior. Instillation mit Protargol 3 %. Zu Hause sollen mit Protargol 1 % weiter Injektionen vorgenommen werden. Patient bleibt 15 Tage aus, stellt sich wieder mit gelbem Ausfluſs, darin Gonokokken, und linksseitiger Epididymitis vor. Urin trübe. Instillation mit Protargol 3 %. 2 Tage später: Urin nicht mehr so trübe. Instillation mit Protargol 3 %. 5 Tage später: Urin ganz klar. Keine Gonokokken im spärlichen, schleimigen Ausfluſs. Injectio mitis. 6 Tage später: Urin klar, wenige Filamente, kein Ausfluſs. Injectio mitis weiter zu brauchen. 6 Tage später: Kein Ausfluſs, der sich auch nach Bier nicht wieder einstellt.

G. F. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 4, Ausfluſs seit 2 Tagen. Injektionen mit Protargol 0,25 %. 7 Tage später: Ausfluſs geringer, Gonokokken spärlicher. 3 Tage später: Noch Gonokokken. Protargol 0,5 %. 6 Tage später: Spärliche Gonokokken im spärlichen Sekret. 5 Tage später: Noch spärliche Gonokokken. Protargol 1 %. 6 Tage später: Keine Gonokokken. Sekret spärlich, schleimig. Protargol 2 %. 6 Tage später: Schleimiges Sekret, keine Gonokokken. Solutio Kalii permangan. 0,03:100,0. 4 Tage später: Geringes wässeriges Sekret ohne Gonokokken. Solutio Kalii permangan. 0,02:100,0. 8 Tage später: Kein Ausfluſs mehr. 8 Tage später: dito, nachdem Injektionen ausgesetzt.

E. K. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 7 Tagen. Ausfluſs seit 2 Tagen. Protargol 0,5 % zu Injektionen. 5 Tage später: Noch Gonokokken. Ausfluſs geringer. 6 Tage später: Noch spärlich Gonokokken. Protargol 1 %. 14 Tage später:

Sekret ganz wässerig, keine Gonokokken. Solutio Kalii permangan. 0,02 : 100,0. 4 Tage später: Kein Sekret. Ausgesetzt. 2 Tage später: Wieder Ausfluſs, sehr viele Gonokokken. Protargol 2 %. 3 Tage später: Wegen leichter Blutung Protargol 1 %. 5 Tage später: Geringes schleimiges Sekret ohne Gonokokken. Protargol 1 %. 4 Tage später: Kein Ausfluſs mehr. Solutio Kalii permangan. 0,05 : 200,0. In den nächsten 14 Tagen nur wässeriges Sekret ohne Gonokokken.

F. S. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 5 Tagen, Ausfluſs seit 2 Tagen. 5 Tage lang Protargol 0,5 %, dann 7 Tage 1 %. Jetzt noch geringes eiterig-schleimiges Sekret. Keine Gonokokken. 12 Tage später: Patient hat unregelmäſsig gespritzt, 3 letzten Tage garnicht. Massenhaft wieder Gonokokken. Protargol 1 %. 9 Tage später: Noch reichliche Gonokokken. Protargol 2 %. 5 Tage später: Wässeriges Sekret ohne Gonokokken. Jetzt Protargol 1 %. Protargol wird noch 14 Tage lang gebraucht, dann Inject. mitis, keine Gonokkokken mehr.

F. W. Urethritis blennorrhoica anterior et posterior. Infektion seit 4 Wochen, Schmerzen, vermehrte Miktion. Urin trübe in beiden Portionen. Instillation mit Protargol 3 %. 2 Tage später: Urin trübe. Protargol 3 % Instillation. Gonokokken noch massenhaft. Zu Hause Injektionen mit Protargol 1 %. 4 Tage später: Urin noch trübe. Protargol 3 % Instillation. 4 Tage später: Urin noch trübe. Spärliche Gonokokken im Sekret. Instillation mit Protargol 10 %. 4 Tage später: Bedeutende Besserung. 2 Tage später: Urin klarer. Noch Gonokokken im Sekret. Von nun an Injektionen mit Protargol 2 %. 4 Tage später: Urin fast klar. Schleimiges Sekret ohne Gonokokken. Instillation mit Protargol 3 %. Weiter Injektionen mit Protargol 2 %. 6 Tage später: Urin ganz klar. Schleimiges Sekret ohne Gonokokken. 5 Tage später: Schleimiges Sekret ohne Gonokokken. Bier ohne Einfluſs. Jetzt Solutio Kalii permangan. 0,05 : 200,0.

F. B. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 8 Tagen, Ausfluſs seit 2 Tagen. Starke Schmerzen beim Urinieren, namentlich auch bei versuchtem Spritzen. Daher zunächst Oleum Santali allein. 12 Tage später: Protargol 0,8 % zu Injektionen. 3 Tage später: Ausfluſs hat wesentlich abgenommen, keine Gonokokken. 3 Tage später: Keine Gonokokken. Jetzt Protargol 1 %. 3 Tage später: Ausfluſs noch gelblich, keine Gonokokken. Jetzt Solutio Kalii permangan. 0,02 : 100,0. 2 Tage später: Geringe schleimig-eiterige Sekretion ohne Gonokokken. Ausgesetzt. 5 Tage später: Vermehrte Sekretion. Wieder Gonokokken. Protargol 1 %. 4 Tage später: Keine Gonokokken. Protargol 2 %. 5 Tage später: Keine Gonokokken. Sekret schleimig-eitrig. Jetzt morgens und mittags Solutio Kalii permangan. 0,025 : 100,0. Abends Protargol 2 %. 5 Tage später: Keine Gonokokken. Schleimiges Sekret. Jetzt nur Injektionen mit Kalium permangan. 3 Tage später: Keine Gonokokken. 4 Tage später: Kein Ausfluſs. 7 Tage später: Nach 1 Glas Bier geringe wässerige Sekretion. Keine Gonokokken. Das Sekret verschwindet wieder nach einigen Injektionen mit Kalium permangan. In der nächsten Woche trotz Biergenusses keine Vermehrung der Sekretion, keine Gonokokken.

C. G. Urethritis blennorrhoica anterior. 9 Tage seit der Infektion. Seit 2 Tagen Ausfluſs. Injektionen mit Sol. Protargol. 0,5 %. 12 Tage später: Noch Gonokokken. Protargol 1 %. Patient hat die letzten 6 Tage nicht gespritzt, vermehrter Ausfluſs, massenhaft Gonokokken. Protargol 1 %. 8 Tage später: Der Ausfluſs ist allmählich wieder verschwunden. Im Urin aber noch zahlreiche Filamente. Protargol 1 %. In der Folgezeit verschwinden bis auf einzelne auch die Filamente. Biergenuſs hat schlieſslich keinen Einfluſs mehr. Es zeigt sich nur geringes Sekret ohne Gonokokken.

W. B. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 6 Tagen. Protargol 0,5 %. 6 Tage später: Ausfluſs geringer, Gonokokken. 3 Tage später: Ausfluſs

schleimig, keine Gonokokken. 7 Tage später: Kein Sekret, Urin ohne Filamente. Solutio Kalii permangan. 0,02 : 100,0 eine Woche lang. Es zeigte sich kein Ausfluſs mehr.

S. S. Urethritis blennorrhoica anterior. Infektion seit 3 Wochen. Protargol 1% als Injektion. 5 Tage später ist der bis dahin citrige Ausfluſs schleimig geworden und frei von Gonokokken, die auch in der Folgezeit nicht mehr nachzuweisen sind, bei fortgesetzten Injektionen.

Diese zwanglos aufgezählten Fälle lehren vor allen Dingen, daſs man so früh wie möglich mit den Injektionen beginnen lassen soll, daſs man sich nicht scheuen soll, rasch zu höheren Lösungen überzugehen, daſs man streng mehrere Wochen die Einspritzungen durchführen lassen muſs und durch den negativen Gonokokkenbefund sich nicht bestimmen lassen soll, zu früh auszusetzen. Der untersuchte Ausfluſs war stets das Morgensekret. Bemerken will ich noch, daſs innerlich stets Sandelholzöl oder Copaivabalsam gegeben wurde. Die Injektionen wurden möglichst nach Neissers Vorschriften vorgenommen, als prolongierte Injektionen dreimal täglich. Morgens und mittags blieb die Lösung 10—15 Minuten, abends 20 Minuten bis ½ Stunde in der Harnröhre, je länger desto besser.

Zweckmäſsig ist es, ähnlich wie es Neisser übt, im weiteren Verlaufe der Behandlung nur noch abends eine prolongierte Injektion, bei Tage aber Injektionen mit adstringierenden Lösungen vornehmen zu lassen. Bei Urethritis posterior lasse man die eingespritzte Lösung nach hinten streichen; es wird, wenn auch nicht in allen Fällen, so doch manchmal auf diese Weise gelingen, Teile der Lösung auch in die hintere Harnröhre zu bringen. Die Gonokokken verschwanden bei meinen Fällen in durchschnittlich 20 Tagen. Wenn man aber bedenkt, daſs nicht alle Fälle streng nach den Vorschriften, die sich mir als die besten ergeben haben und die sich durchaus mit Neissers Vorschriften decken, behandelt wurden, daſs zahlreiche Patienten Diätfehler begingen resp. trotz meiner Warnung vorzeitig die Injektionen aussetzten, so dürften bei strenger Durchführung der Behandlung die Gonokokken in durchschnittlich 10 bis 14 Tagen zu vernichten sein, eine Durchschnittszahl, die bereits Benario erreicht hatte.

Es ist nicht genug hervorzuheben, daſs das Protargol nur sehr geringe, gar nicht in Betracht kommende Reizerscheinungen verursacht, in der Regel nur leichtes Brennen, wenn die Lösung längere Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleibt. Ebenso reizlos wie die Injektionen sind die Instillationen und Spülungen. Man kann bei den Instillationen bis zu 10%igen steigen, die ebenfalls fast reizlos vertragen werden. Wie reizlos das Protargol ist, das hat Benario dadurch gezeigt, daſs er einem Kaninchen, welches 24 Stunden gehungert hatte, und dem er 12 ccm einer 10%igen Protargol-

lösung per os einflößte, im Laufe der nächsten 4 Tage keinerlei Krankheitserscheinungen darbot und, nachdem es getötet war, weder im Oesophagus noch in der Magenschleimhaut irgendwelche Spuren von Ätzung oder Reizerscheinungen zeigte. Auch 5—10%ige Lösungen blieben, in den Conjunctivalsack des Kaninchenauges gebracht, ohne jeden Einfluß auf das Auge. 20%ige Lösungen riefen vermehrte Thränensekretion und etwas Chemosis hervor. Als er einem Kaninchen die feste Substanz in reichlichen Mengen in den Conjunctivalsack brachte, trat nach 10 Minuten eine totale Trübung der Hornhaut auf; am nächsten Tage war das Auge vollständig verklebt. Aber diese Erscheinungen ließen in den nächsten drei Tagen nach und am fünften Tage war das Auge wieder vollkommen normal; während der ganzen Zeit war das Kaninchen munter.

Mehr als die Instillationen sind bei Urethritis posterior entschieden die Spülungen, die, mit Protargol vorgenommen, ebenfalls fast reizlos vertragen werden, und zwar in ½—1%igen Lösungen zu empfehlen.

Leider stellen sie eine sehr teure Behandlungsmethode dar, da das Gramm zur Zeit noch 30 Pfg. kostet. Aber sie wirken vorzüglich und scheinen namentlich auch beim subakuten und bei gewissen Formen des chronischen Trippers sich sehr zu bewähren. Sie gestatten, was mit keiner anderen Methode in gleichem Maße möglich ist, eine energische Berieselung der ganzen Schleimhaut, ein Eindringen der Lösung in alle Lakunen und Krypten. Sie sollen sehr langsam vorgenommen werden, damit so lange wie möglich die Gonokokken der Wirkung des Protargols ausgesetzt werden. Das erreicht man am besten mit der von mir angegebenen Irrigationskanüle[5], vermöge deren man in der bequemsten Weise den Druck und die Geschwindigkeit der einströmenden Flüssigkeit beliebig herabsetzen und erhöhen kann. Das langsame Einfließenlassen der Lösung entspricht ja auch dem Prinzip der prolongierten Injektionen Neissers. Ich kann bezüglich dieser Spülungen in jeder Hinsicht nur Barlow zustimmen, wenn er sagt, daß diese Methode von den Patienten bei Behandlung der Urethritis blennorrhoica posterior als die angenehmste bezeichnet wird, daß sie leicht auszuführen und sehr einfach ist, weil keine Instrumente eingeführt werden, daß sie daher eine wesentliche Ersparnis an Instrumenten bedeutet, daß sie bei richtiger Ausführung Infektionen so gut wie ganz vermeiden läßt, auch wenn die Patienten die Spülungen selbst vorzunehmen gelernt haben, daß es ferner von Vorteil ist, wenn stets neue Teile der Flüssigkeit mit der Harnröhrenschleimhaut in Berührung kommen, daß sie frei von Nachteilen ist.

Wie aus einigen der mitgeteilten Fälle ersichtlich ist, soll man vor allem nicht zu früh aussetzen, sonst erhält man Recidive; man darf getrost

[5] *Allgem. med. Centralztg.* 1895. No. 5. Zu beziehen durch Bandagist Beuthel, Barmen, Wupperstr., und das medizinische Warenhaus, Berlin.

behaupten, dafs, wenn die Behandlung in der vorschriftsmäfsigen Weise durchgeführt wird, bei Anwendung des Protargols jeder Tripper im akuten Stadium abheilen mufs. Erst wenn mehrmalige Untersuchungen bei nur geringer wässeriger oder schleimiger Sekretion keine Gonokokken mehr erkennen lassen, gehe man zu leichten adstringierenden Lösungen über.

Ich habe das Protargol ferner bei allen möglichen Wunden als Streupulver gebraucht und es als ein vorzügliches Antisepticum schätzen gelernt. Insbesondere möchte ich auf seinen überaus günstigen Einfluſs auf den Heilungsprozeſs bei Unterschenkelgeschwüren aufmerksam machen; ich kann hier einen sehr bezeichnenden Fall anführen von zahlreichen torpiden kleinen und groſsen Geschwüren an beiden Unterschenkeln eines Mannes mit Plattfüſsen. Trotz Anwendung aller möglichen Mittel zeigten die Geschwüre keine Neigung zur Vernarbung. Zweimal vorgenommene Transplantationen hatte nur teilweise Erfolg. Die transplantierten Hautstücke heilten nur zum Teile an; die Geschwüre vergröſserten sich immer wieder von neuem, neue traten in der Umgebung der alten auf. Bei dem Manne, der nunmehr über ein Jahr lang in meiner Behandlung ist, half nur einigermafsen Aufstreuen von Jodoform und Acidum salicylicum zu gleichen Teilen. Als ich das Protargol zugeschickt bekam, behandelte ich zunächst das linke Bein weiter mit Jodoformsalicylpulver, das rechte nunmehr mit Protargol und sehr bald trat an diesem eine Austrocknung und ein energischer Vernarbungsprozeſs ein; von den Rändern bildete sich eine schnell vorwärts schreitende Epidermis. Nunmehr, nachdem ich auch das linke Bein seit mehreren Wochen der Behandlung mit Protargol unterziehe, schreitet auch hier der Vernarbungsprozeſs rüstig fort; es sind jetzt nur noch ganz kleine Reste der Geschwüre vorhanden, die zweifellos in kürzester Zeit überhäutet sein werden.

Sobald man das Protargol auf Wunden gestreut, schmilzt es in dem Wundsekret; es bildet sich eine braune Lösung, welche in die Wunde einzuziehen scheint. Die energische Tiefenwirkung hat Benario an infizierten Agarkulturen, die mit 0,5%iger Protargollösung überschichtet wurden, erwiesen. Am nächsten Tage konnte die Entwickelung des Stiches erst 12—14 mm unter der horizontalen Agaroberfläche beobachtet werden, ein Beweis dafür, dafs, wie Benario sagt, die Protargollösung so tief in die Agarsäule eingedrungen war, dafs erst unterhalb dieses Zwischenraumes ein Wachstum sich vollziehen konnte; indes war auch die Entwickelung des ganzen Stiches nicht so kräftig wie die in den entsprechenden Kontrollröhrchen, weil Teile der Lösung jedenfalls die ganze Agarschicht durchdrungen hatten. In analoger Weise erklärt er die Tiefenwirkung in den Geweben des Organismus, da die Ausdehnung der Lösungen in die tieferen Schichten der Gewebe durch keine oberflächliche Fällung der Gewebssäfte verhindert wird, im Gegenteil die eiweifs- und

salzhaltigen Säfte die Löslichkeit begünstigen und zur Oberflächen- auch noch die Tiefenwirkung hinzufügen.

Soll ich mein Urteil über das Protargol kurz zusammenfassen, so kann ich nur sagen, dafs uns in dieser Silberverbindung ein Antiblennorrhoicum gegeben worden ist, das den Namen eines Specificum beim akuten Tripper verdient, und ein Antisepticum von vorzüglicher Wirkung.

Aus der Praxis.

Zur Verschreibung der Essigsäure.

Von

P. G. Unna.

Wenn wir von der Verwendung der koncentrierten Essigsäure als Ätzmittel bei Warzen, Alopecia areata etc. absehen, sowie von derjenigen der mit Spiritus oder Glycerin verdünnten Essigsäure zu Waschungen bei Akne, Pernionen, Pruritus etc., so kann man von den übrigen Verschreibungsweisen dieses flüchtigen Mittels wohl sagen, dafs dieselben an Klarheit manches zu wünschen übrig lassen. Es sind dieses die Verschreibungsweisen der Glycerin- und Fettpasten, denen sich neuerdings noch die Form der Kühlsalben anschliefst. Klar ist die Absicht der Autoren eigentlich nur dort, wo in den Vorschriften der gewöhnliche Essig, Acetum, als Vertreter der Essigsäure figuriert oder das Acidum acetum dilutum der Pharmakopoë. Wo dagegen in den Recepten die Begriffe: Acidum aceticum oder auch Acidum aceticum concentratum vorkommen, ist der Deutung ein grofser Spielraum gelassen.

Die Pharmakopoë kennt nur 3 einfache Essigpräparate, das Acetum (6%), das Acidum aceticum dilutum (30%) und das Acidum aceticum (96%). Die letzte Koncentration führt nicht das Beiwort: concentratum und doch findet sich dieser Ausdruck in manchen Vorschriften. Die Folge ist, dafs manche Kollegen das einfache: Acidum aceticum für ein schwächeres Präparat halten. Die Verwirrung wird noch dadurch vermehrt, dafs der Ausdruck: Acetum concentratum hier und da als Synonym für Acidum aceticum dilutum gebraucht wird und doch leicht Verwechselungen mit der 96%igen Essigsäure zuläfst. Berechnet man alle solche zweideutigen Vorschriften auf ihren Gehalt an wasserfreier Essigsäure unter Annahme der verschiedenen möglichen Deutungen, so findet man Differenzen wie 1,9% und 6,25%, 2% und 7,5% u. s. f.

Es ist daher für die Verschreibung der Essigsäure in Pasten- und Salbenform zu raten, sich lediglich an die beiden Präparate: Acetum (6%) und Acidum aceticum dilutum (30%), ersteres für die schwächer, letzteres für die stärker procentuierten Pasten und Salben, zu halten.

Die einfachste Form unter diesen ist die der Kühlsalbe. Verschreibt man 21 g mit 7 g Acetum, resp. Acidum aceticum dilutum, so resultieren Salben mit einem Gehalt von 2%, resp. 10% wasserfreier Essigsäure, wie sie als Typen praktisch brauchbarer Essigsalben gelten können. Man hat dann noch die Auswahl unter verschiedenen Fetten:

1.		2.		3.	
Adipis lanae	8,	*Adipis lanae*	8,	*Adipis lanae*	8,
Acid. acet. dil.	7,	*Acid. acet. dil.*	7,	*Acid. acet. dil.*	7,
Adipis benzoati	6.	*Ol. olivar.*	6.	*Vaselini*	6.
M.		M.		M.	

No. 3 (mit Vaselin bereitet) ist ziemlich zähe, riecht nur wenig nach Essig, läfst aber, gerieben, am leichtesten flüssige Essigsäure fahren. Sie ist daher technisch weniger brauchbar als die Formen 1 und 2.

Eine andere Frage, die bisher wohl niemals untersucht wurde, ist die nach dem Freiwerden der flüchtigen Essigsäure aus diesen Salben. Um vergleichbare Werte zu erhalten, ist es durchaus nötig, die dazu gebrauchten Reagierpapiere in genau gleicher und ziemlich grofser Entfernung von den Essigsalben anzubringen, die Quantität der letzteren aber möglichst klein im Verhältnis zu dem mit Essig geschwängerten Luftraum zu nehmen, um von dem Einflufs der verschiedenen Oberfläche der Salbentropfen unabhängig zu sein. Ich stelle diese Versuche in der Weise an, dafs möglichst gleiche, kleine Tropfen der zu vergleichenden Salben, ohne sie zu verreiben, auf die Mitte von Objektträgern gebracht und gleichzeitig über dieselben längliche, oben und unten offene Glascylinder aufgesetzt werden; die von mir benutzten haben eine Länge von 15 cm und einen Durchmesser von 2 cm. Auf die obere Öffnung derselben werden gleichzeitig Objektträger gelegt, welche auf der Unterseite viereckige Stückchen von angefeuchtetem, blauem Lakmuspapier tragen. Die sich allmählich mit Essigsäuredämpfen füllenden Röhrchen sind nun oben mit den Reagierpapieren abgeschlossen und diese zeigen nach verschieden langer Zeit, soweit sie aufliegen, rote Kreise, während die überragenden Ränder und Ecken blau bleiben — zum Zeichen, dafs nur die durch die Röhrchen verdampfende Säure die Reaktion bewirkt.

Diese Röhrchenversuche ergeben bei einiger Vorsicht in der Aufstellung und Anordnung ganz eindeutige und sich immer gleich bleibende Resultate. Die erste Rötung der Papiere tritt bei den meinigen schon nach wenigen Minuten ein. Sind alle Papiere gleichmäfsig gerötet, so wird der Versuch unterbrochen, die Röhrchen und aufliegenden Objekt-

träger werden abgewaschen und gereinigt und mit neuen Papieren auf die alten mit den früheren Tropfen beschickten Objektträger aufgesetzt. Erfahrungsgemäfs findet beim zweiten und noch mehr beim dritten, vierten Versuche u. s. f. die Rötung langsamer statt, sie tritt erst nach Viertelstunden, halben, ganzen Stunden ein, aber zunächst immer noch in derselben Reihenfolge. Das ändert sich erst allmählich nach ½, 1, 1½ Tagen, wenn man die Versuche solange mit denselben Tropfen fortsetzt. Dann röten sich die Papiere derjenigen Röhrchen später, welche in den ersten Versuchen ihre Essigsäure am raschesten abgaben und schliefslich am zweiten Tage kehrt sich die Reihenfolge der Röhrchen in manchen Fällen geradezu um. Diese Thatsache erklärt sich offenbar einfach in der Weise, dafs die am raschesten ihre Essigsäure abgebenden Salben auch zuerst ihren Essigsäurevorrat verlieren und daher allmählich in Bezug auf die Rötung der Papiere hinter denjenigen zurückbleiben, welche ihre Essigsäure langsam abgeben.

Die Röhrchenversuche können daher als ein sehr gutes Bild dienen für die Essigabgabe der verschiedenen Essigsalben auf der Haut, und da wohl zweifelsohne auf der warmen Haut die Essigabgabe rascher vor sich geht als in meinen bei Zimmertemperatur ausgeführten Versuchen, so kann man im allgemeinen mit Recht annehmen, dafs in wenigen Stunden die Essigabgabe aus diesen nachläfst und dafs bei einer Essigwirkung, welche nur auf die Dauer einer Nacht geplant ist, schon diejenigen Essigsalben den Vorzug verdienen, welche ihre Essigsäure nur langsam hergeben.

Die Reihenfolge der Essigabgabe war nun bei obigen Salben stets die folgende: am raschesten entwich die Säure bei Ölzusatz, etwas langsamer aus der Vaselinsalbe, viel langsamer aus der mit Adeps benzoatus.

Gehen wir von den Kühlsalben zu den Fettpasten über, so haben wir die Auswahl unter verschiedenen Pulverzusätzen:

4. *Adipis lanae*	6,	5. *Adipis lanae*	6,	6. *Adipis lanae*	6,
Acid. acet. dil.	7,	*Acid. acet. dil.*	7,	*Acid. acet. dil.*	7,
Vaselini	3,	*Vaseline*	3,	*Vaselini*	3,
Amyli	5.	*Terrae silic.*	5.	*Sulfuris praec.*	5.
M.		M.		M.	

Ich wählte zum Vergleiche Mehl, Kieselgur und in Anbetracht der Verschreibung der Essigsäure bei Akne auch Schwefel. Die Röhrchenversuche ergaben folgende Reihenfolge: am raschesten stöfst die Kieselgurpaste ihre Essigsäure ab, dann folgt die Mehl- und schliefslich die Schwefelpaste. Andererseits ergaben Röhrchenversuche, in welchen die Salben 2 und 3 mit den pulverhaltigen Mischungen 5 und 6 verglichen wurden, dafs stets die letzteren, die Pasten ihre Essigsäure rascher abgaben als die Salben. Auch in diesen Versuchen war die Kieselgurpaste stets allen übrigen Mischungen voran.

Eine Glycerin-Essig-Paste wurde zuerst von mir 1880 angegeben:

℞ *Kaolini (Boli albae)* pp. 4,
Glycerini pp. 3,
Aceti pp. 2,
M.

und zwar in meiner Arbeit über den schwarzen Punkt der Komedonen in *Virchows Archiv*, Bd. 82, pag. 197, wo ich sie zur Aufhellung des Komedonenpigments und zur Erweichung der Hyperkeratose bei Akne empfahl. Diese $1^1/_2$ %ige Vorschrift ist mit leichten Abänderungen neuerdings ohne Bewufstsein des Ursprunges wieder aufgetaucht; sie ist auch jetzt noch empfehlenswert. Ich brauche aber gegen Akne jetzt meistens stärkere Glycerin-Essigpasten.

Den Röhrchenversuchen wurden die folgenden Vorschriften unterworfen:

7.			8.		
Glycerini	4,		*Glycerini*	4,	
Acid. acet. dil.	7,		*Acid. acet. dil.*	7,	
Terrae silic.	11.		*Kaolini*	11.	

Auch bei dieser Form verdunstet die Essigsäure zuerst rascher aus der Kieselgurpaste; diese bildet eine zähe Masse, während die Kaolinpaste einen dünnen Brei darstellt. Bald allerdings kehrte sich das Verhältnis bei weiteren Versuchen mit denselben Tropfen zu Gunsten des Kaolins um.

Eine nochmalige Prüfung der Formel 5 in Vergleich mit einer analogen, welche Kaolin anstatt des Kieselgurs enthielt, zeigte wieder das Übergewicht letzterer Substanz für die Verdunstung im Anfange des Versuchs; auch hier war die Kieselgurpaste bedeutend zäher und trockener als die Kaolinpaste. Es scheint also daraus hervorzugehen, dafs aus sehr trockenen Pasten die Essigsäure sich rascher verflüchtigt als aus weniger trockenen, wie ja die Pasten überhaupt die Säure rascher abgeben als die Salben (s. oben). Demgemäfs erfolgte die Abgabe aus Glycerinpasten, welche mehr Glycerin enthielten und eigentlich Linimente darstellten, auch wiederum langsamer als aus den obigen Glycerinpasten 7 und 8.

Fassen wir das Resultat aller dieser Röhrchenversuche zusammen, so giebt es unter den Konstituentien dieser Essigpräparate: 1. einige, welche die Verdunstung der Essigsäure beschleunigen. Dieses sind vor allem die pulverförmigen Zusätze, in erster Linie Kieselgur, dann Kaolin, weniger Schwefel und Mehl. 2. Einige Zusätze, welche die Verdunstung verzögern: besonders Glycerin, dann Adeps benzoatus, weniger Vaseline.

Da eine besonders rasche Abgabe der Essigsäure so wenig in unserem Interesse liegt wie ein allzu zähes Festhalten derselben, so setzen wir die indifferente Grundlage unserer Präparate am zweckmäfsigsten (aufser dem notwendigen Adeps lanae und Glycerin) aus folgenden Substanzen zusammen: Adeps benzoatus und Kaolin.

Hiernach möchte ich als empfehlenswerte Essigpräparate bezeichnen:

1. Kühlsalbe.		2. Fettpaste.		3. Glycerinpaste.	
Adipis lanae	7,	*Adipis lanae*	6,	*Glycerini*	5,
Acid. acet. dil.	7,	*Acid. acet. dil.*	7,	*Acid. acet. dil.*	7,
Adipis benz.	7.	*Adipis benz.*	2,	*Kaolini*	9.
		Kaolini	6.		

Eine bei Akne sehr nützliche Schwefel-Essig-Paste ist:

4. *Adipis lanae*	6,
Acid. acet. dil.	7,
Adipis benz.	6,
Sulf. praec.	2.

Alle diese Vorschriften enthalten 7 g Acidum aceticum dilutum auf 21 g Masse, mithin 10% wasserfreie Essigsäure und bilden mithin starke Essigpräparate. Ersetzt man das Acidum aceticum dilutum darin durch ebensoviel Acetum, so erhält man schwache Präparate mit 2% wasserfreier Essigsäure.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 41. Heft 3. 1897.

I. **Lymphangioma circumscriptum s. cystoides cutis**, von Max Freudweiler-Leipzig. Virchows alte Einteilung der Lymphangiome in a) Lymphangioma simplex, b) Lymphangioma cavernosum, c) Lymphangioma cystoides darf heute noch als zu Recht bestehend angesehen werden. Die letztere ist die seltenste der drei Formen. Bezüglich ihrer Natur herrscht unter den Autoren Meinungsverschiedenheit. Die einen schreiben sie dem Lymphgefäfsapparate der Cutis zu, die andern sehen in den Lymphangiomen der dritten Form Abkömmlinge von Hämangiektasien und wollen damit ihre Zugehörigkeit zum Blutgefäfsapparat ausgesprochen wissen. — Verfasser beschreibt einen Fall, der in Prof. Riehls Poliklinik für Hautkrankheiten zur Beobachtung gelangt ist. Auf Grund eben dieser Beobachtung nimmt Verfasser für das Lymphangioma circumscriptum folgenden Entwickelungsgang an: Zuerst treten kleinere und gröfsere, unregelmäfsig begrenzte, anfangs undeutlich, später schärfer kontrastierende, schwach gelbliche Flecke auf, die nach und nach über das Niveau der Umgebung sich erheben und aus der Tiefe als eigentümlich matt glänzende, graue

Körperchen hervorschimmern. Man bemerkt ein hell glänzendes Centrum von matt glänzenden, grauen, peripher sich langsam verlierenden Ringen umsäumt. Unter Verdünnung der Epidermis drängen sich die Knötchen mehr und mehr hervor und erscheinen jetzt als kleine, wasserklare, wie Perlen aus der Haut hervorragende, prall gefüllte, auf Druck und Massage sich wohl etwas verkleinernde, aber nicht entleerende Cysten. Auf der Basis einzelner derselben bilden sich Hämangiektasien in Form punktförmiger, anfangs hellroter, später aber mehr und mehr bläulich roter Flecke. Durch ein Trauma kann die Scheidewand zwischen der Lymphcyste und dem erweiterten Blutgefäfs einreifsen, wodurch die vorher klare und helle Cyste mit einem Gemisch von Blut und Lymphe erfüllt erscheint. Die Cyste nimmt dann eine dunkelblaurote und schliefslich schwarze Farbe an. Im weiteren Verlaufe trübt sich der Inhalt der Cysten, die prall elastische Konsistenz geht verloren und es tritt eine gewisse Schrumpfung ein. Andere kleinere Cysten bilden sich vollständig zurück. Mehr als Erbsengröfse erreichen die Cysten nicht. — Im folgenden beschreibt der Verfasser das Resultat der mikroskopischen Untersuchung. Die primären Veränderungen spielen sich in der Cutis, namentlich der Cutis vasculosa ab, erst sekundär wird die Epidermis durch die gegen die Oberfläche hin drängenden Cysten in Mitleidenschaft gezogen. Auf Grund seiner Beobachtung charakterisiert der Verfasser das Lymphangioma cystoides cutis folgendermafsen: „Das Lymphangioma circumscriptum s. cystoides ist eine chronisch sich entwickelnde Neubildung, die als solche niemals entzündliche Erscheinungen aufweist. Sie entwickelt sich durch Sprossung der Gefäfswand aus dem lymphatischen Apparate der Cutis, strebt der Oberfläche zu, wo sie als grofse wasserklare Cysten, die meist in Gruppen zusammenstehen und konfluieren können, unter der Epidermis zum Vorschein kommt. — Die Cysten stehen in Verbindung mit den Lymphräumen, aus deren Wandung sie sich herausgebildet haben. Die Kommunikation kann verloren gehen, indem die wuchernde Gefäfswand zur Obliteration des Verbindungskanals führt. In jedem Falle ist die Kommunikation eine sehr feine, so dafs ein Zurückpressen des Cysteninhaltes in die grofsen Lymphgefäfse nur unter langandauernder Massage oder überhaupt nicht möglich ist. Die Epidermis ist aktiv nie an dem Prozefs beteiligt. — Das Lymphangioma circumscriptum kann kompliziert sein durch Teleangiektasie des Blutgefäfssystems."

Der Verfasser bespricht die einschlägige Litteratur und unterzieht die einzelnen publizierten Fälle auf ihre Diagnose hin einer scharfen kritischen Erörterung. — Nach den klinischen wie histologischen Befunden ist das Lymphangioma circumscriptum den Geschwülsten der Haut anzureihen.

II. **Über eine Form rudimentärer Talgdrüsen,** von Felix Pinkus-Breslau. In Schnitten von kleinen Hautgeschwülsten, zuweilen auch in normaler Haut, findet man nicht selten eigentümliche mantelförmige Haaranhänge, die im Längsschnitt als längliche seitliche Epithelsprossen, im Querschnitt als Ring, um den Follikel herumgelegt, sich darstellen. Diese Follikel sind meistens klein, haben keinen Arrector pili, oft gar keine Talgdrüsen und mangelhaft differenzierte Wurzelscheiden. Die meisten enthalten Kolbenhaare, und es hängt an ihnen oft schon ein neugebildetes, dicht nachrückendes Papillenhaar. Verfasser hatte Gelegenheit bei einem Naevus einer 30jährigen Frau solche typisch ausgebildete Mantelhaare in grofser Zahl zu beobachten. Eine Beschreibung derselben wird in folgendem gegeben. In einer gewissen Tiefe des Haarfollikels spaltet sich der letztere in zwei Blätter: a) in ein äufseres: den Mantel, b) in ein inneres: das Haar mit seinen Scheiden. — Der Mantel besteht aus mehreren Lagen Epithelzellen, die kleiner als die der äufseren Wurzelscheide sind und auch kleinere Kerne haben. Ihr Protoplasma scheint weniger dicht zu sein, als das gewöhnlicher Retezellen. Talgdrüsenzellen sind im Mantel nicht enthalten.

An die Epithelzellen des Mantels schliefst sich nach aufsen direkt das umgebende lockere Bindegewebe der Cutis an. — Das Haar, ein Kolbenhaar, ist etwas verkümmert. Das Haarmark fehlt; die Rinde enthält wenige Pigmentkörner. Die Stelle der inneren Wurzelscheide nimmt eine dicke, etwas zerklüftete hornige Schicht ein, welche den Raum zwischen Haar und äufserer Wurzelscheide vollkommen ausfüllt. Diese Hornlage geht nach der Hautoberfläche hin in die Hornschicht der Epidermis ohne sichtbare Grenze über. — Wir verweisen im einzelnen auf die Beschreibung des Verfassers, der aus dem Vergleich der erwähnten Mantelhaare des Naevus und ähnlicher Gebilde in normaler Haut mit normalen Lanugohaaren den Schlufs zieht, dafs der Mantel morphologisch an Stelle der Talgdrüsen steht, und dafs der Unterschied vom gut ausgebildeten Haar nur der ist, dafs hier die Talgdrüsen unregelmäfsig um das Haar herum der äufseren Wurzelscheide entsprossen, während dort ein längerer gleichmäfsig cylindrischer Epithelfortsatz sich bildet. An Körperstellen, wo Mantelhaare sich finden, ist meistens eine hochgradige Raumbeschränkung durch den Druck gröfserer Gebilde (pathologische Einlagerungen wie bei Warzen und Naevi, oder normale Bildungen wie bei behaarter Kopfhaut) vorhanden, und in dieser ist vermutlich die Entstehungsursache zu suchen.

III. **Kasuistische Beiträge zur Psoriasis**, von A. Gassmann-Bern. 1. „Psoriasis rupioides" und „psoriatische Hauthörner". Die 12jährige Patientin zeigt aufser typischen Psoriasisplaques an einzelnen Körperstellen hohe Borkenhügel, die wie Cornea cutanea aussahen und von unversehrten Haaren durchbohrt waren. Die beiden gröfsten auf dem Kopfe wurden, ohne dafs die Patientin irgend eine Empfindung davon hatte, im Niveau der Haut mit dem Messer abgetragen, die kleineren Borkenhügel wurden mit Borvaselin erweicht und abgelöst. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Psoriasis. Mc Call Anderson hat solche Fälle als Psoriasis rupioides bezeichnet.

2. Multiple Warzenbildung nach Psoriasis. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle handelt es sich um das Auftreten von typischen Verrucae durae vulgares und zwar der papillomatösen Form im Anschlufs an eine stark juckende und und sehr zerkratzte Psoriasis, welche über den Körper disseminiert war und deren Verteilung die Warzen folgten. Die über den ganzen Körper verbreiteten Warzen traten in akutester Weise auf, nachdem die Psoriasis abgeheilt war. — Die warzige Umwandlung kommt nicht nur bei Psoriasis vor, man trifft sie auch auf alten Ekzemplaques und beim Lichen ruber (verrucosus) an. Im Jahre 1895 hat Jadassohn zwei Fälle beschrieben, in denen im Anschlufs an Scabies resp. an akutes Ekzem eine akute Dissemination von Warzen auftrat.

IV. **Ein „Hautmaulwurf"**, von C. v. Samson-Himmelstjerna-Woskressensk. Das durch den Gastrophilusparasiten hervorgerufene Krankheitsbild wird vom Verfasser auf Grund eigener Beobachtungen und der Mitteilungen von Sokoloff, Bruno, Matschinsky, Cholodkowsky folgendermafsen beschrieben: „In den heifsen Sommermonaten tritt meist an den unbedeckten Körperstellen plötzlich Jucken und Brennen auf; sieht man nach der Ursache, so bemerkt man eine rote, wenig über das Niveau der übrigen Haut erhabene, unregelmäfsig geschlängelte, niemals verzweigte Linie, welche auch auf Schleimhäute und wieder hinaus führen kann. Diese Linie, bisher nur in der Einzahl beobachtet, verlängert sich mehr oder weniger rasch an einem Ende (1—15 cm in 24 Stunden) und heilt am anderen Ende, bei Brünetten eine weifse Narbe hinterlassend, gewöhnlich im Verlaufe einiger Tage wieder ab. Je nach der Schnelligkeit des Fortschreitens ist im einzelnen Falle ein längeres oder kürzeres Stück der von der Larve passierten Strecke sichtbar. Eiterbildungen, wie andere Larven sie hervorrufen, sind niemals beobachtet worden. Es kommt vor, dafs der

Parasit längere Zeit hindurch mit vielen engen Windungen einen kleinen Bezirk der Haut durchwühlt, andererseits aber liegen Beobachtungen vor, wo er in kurzer Zeit grofse Strecken zurücklegt." — Das Jucken und Brennen an einer Stelle hört auf, sobald die Gastrophiluslarve weitergegangen ist, sodafs die Kranken selbst bei kürzestem Gange angeben können, in welchem Ende die Larve sitzt. Die Patienten glauben, es sei ein haardünner Wurm, der in ihrer Haut in die Länge wachse, und versuchen denselben durch viele Querschnitte zu töten. — Die Gröfse der Larve schwankt zwischen Bruchteilen eines Millimeters bis $1^1/_2$ mm. Ihr Aussehen ist in allen Zoologiebüchern, beispielsweise Brehms *Tierleben* (Volksausgabe, 2. Aufl., S. 615) beschrieben. — Über den Infektionsmodus gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Wahrscheinlich ist, dafs nicht die Nisse, sondern schon die fertige Larve zufällig vom Tiere auf den Menschen übertragen werde. — Die Litteratur über diesen Parasiten ist noch sehr spärlich. Neumann hat in Graz über einen Fall einer „neuen Hautaffektion" berichtet, der sich an Crockers „Creeping disease" anlehnt und der auch dem durch die Gastrophiluslarve hervorgerufenen Krankheitsbilde entspricht, ob aber dieses mit Crockers creeping disease identische Affektionen seien, vermag Verfasser nicht zu sagen.

V. **Zur Kasuistik der Spätsyphilis**, von W. Sterling-Warschau. Während Vajda, Neumann, Raff, Hasland in ihrem grofsen Krankenmaterial von zusammen 26 130 Syphilisfällen durchschnittlich 8,4% Spätsyphilis zu verzeichnen haben, taxieren französische Autoren dieselbe auf 12—15% und in Dr. Elsenbergs Abteilung am Israelitischen Krankenhause in Warschau kamen auf 1800 Fälle nicht weniger als 811 = 45% tertiärsyphilitische. Der Grund dieses auffallenden Unterschiedes liegt in der Beschaffenheit des Krankenmaterials, das sich zumeist aus der ärmsten, in den schlechtesten, elendesten Wohnungs- und Ernährungsverhältnissen lebenden Bevölkerung rekrutiert. Was die Art der Tertiärsyphilis betrifft, so sind Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute nicht häufiger, als sie andere Autoren in ihren statistischen Daten angeben. Dagegen übersteigt die Zahl der in Elsenbergs Abteilung mit Knochensyphilis behafteten Patienten durchschnittlich um das Doppelte die in anderen Statistiken angeführte Zahl. Auch Muskelgummata kommen häufiger als wo anders vor. — Verfasser beschreibt im folgenden einige wegen der weitgreifenden Veränderungen und wegen ihrer seltenen Lokalisation bemerkenswerte Fälle aus Dr. Elsenbergs syphilitischer Abteilung. Die Krankengeschichten sind sehr ausführ lich mitgeteilt und können als mustergültige Beschreibungen tertiärsyphilitischer Erkrankungen angesehen werden. — Fall 1 behandelt: Gummata multiplicia cutis, gummata et hyperostoses ossium cranii, hyperostosis ossium nasi, perforatio septi narium ossei. Im 2. Falle handelt es sich um eine Syphilis mutilans faciei, im 3. um Gummata multiplicia crurum. Kelomata. Hyperostosis ossium cruris dextri. Der 5. und 6. sind Fälle von Gummata des Pectoralis major und des Triceps brachii bezw. der Vorderarmmuskeln. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band IV. Heft 6. 1897.

I. **Untersuchungen über das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Blut bei Syphilis und Hautkrankheiten**, von W. Peter-Königsberg. Die Untersuchungen des Verfassers haben ergeben, „dafs bei keiner Form und in keinem Stadium der Syphilis, selbst nicht bei ausgedehnten frischen Exanthemen eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute zu konstatieren ist. Aber auch die Angaben über ihr

vermehrtes Auftreten bei Hautkrankheiten bedürfen wesentlicher Einschränkung. Caron nahm an, dafs jede Läsion der Hautoberfläche zur Vermehrung der eosinophilen Zellen führen könne, in um so höherem Grade, je ausgedehnter sie ist. Neusser ging so weit, die Haut geradezu als Bildungsstätte der eosinophilen Zellen anzusehen. Lappert dagegen schlofs schon aus seinen Untersuchungen, dafs vor allem die Art der Hauterkrankung einen gewissen Einfluſs auf den Blutbefund ausübe und erst in zweiter Linie die gröfsere Ausdehnung die Menge der eosinophilen Zellen zu steigern vermöge. Weiter ergiebt sich, dafs es nur sehr wenige Arten von Hauterkrankungen sind, bei denen diese Vermehrung häufiger auftritt, so gewisse Ekzem- und Pemphigusformen. Konstant findet sich eine Vermehrung der eosinophilen Zellen nur bei Prurigo, hier aber ist sie auch schon nachweisbar, wenn sich auf der Haut der Kinder eben die ersten Anzeichen der Krankheit als vereinzelte Urticariaschübe zeigen und von einer Läsion der Haut kaum gesprochen werden kann. — Keineswegs ist daher bei einer Koincidenz von Hauterkrankungen und Eosinophilie die Erkrankung der Haut das Primäre, man mufs vielmehr annehmen, dafs eine im Körper gebildete oder von aufsen eingedrungene Schädigung einerseits zu der Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute, andererseits zu dem Exanthem geführt hat, dafs beide verschiedene Folgen derselben Ursache sind. Welcher Art diese Schädigungen sind, steht vorläufig noch dahin. Einen Hinweis auf ihre Natur giebt die Beobachtung, dafs die Tuberkulininjektionen und die Vaccination den Entwickelungsprozefs der eosinophilen Granulationen beschleunigen. In demselben Sinne ist wohl auch der vermehrte Befund nach einzelnen akuten Infektionskrankheiten, so nach Malaria, Scharlach und Masern zu verwerten. Dafs sie aber Krankheiten gleichartiger Ätiologie, bei Erysipel, Varicellen, multiformen Erythemen u. s. w. in normaler oder sogar verminderter Zahl auftreten, zeigt, dafs hier komplizierte Verhältnisse obwalten. Welche Umstände gerade bei der Prurigo zu der regelmäfsigen Vermehrung der eosinophilen Zellen führen, bleibt vorläufig ebenso unklar, wie das Wesen der Krankheit überhaupt. Man könnte vermuten, dafs es sich, wie bei der Tuberkulin- und Vaccinewirkung um durch Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen gebildete Toxine, hier um chemisch-toxische Wirkungen handle. Dem scheint der Umstand zu widersprechen, dafs Krankheitszustände, denen sicher eine derartige Intoxikation zu grunde liegt, wie das Erythema venenatum, die Arzneiexantheme und einzelne Urticariaformen, ohne Vermehrung der eosinophilen Zellen verlaufen. Allerdings hat Neusser nach Pilocarpin- und Nuclein-Injektionen Eosinophilie beobachten können. — Die Lösung der Frage, welche Umstände den Ausreifungsprozefs der Leukocyten zu eosinophilen Zellen befördern, dürfte auch in die dunkle Ätiologie einzelner Hautkrankheiten Licht bringen."

II. **Über Sklerodermie,** von Wagner-Ribnitz. Die Patientin ist ein acht Jahre altes, gut genährtes, kräftig gebautes Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe und munterem Wesen. Die Eltern haben an keiner Haut- oder Geschlechtskrankheit gelitten. Die Hautaffektion soll nach den Angaben des Vaters plötzlich im Herbst 1894 aufgetreten sein. Befallen sind von der Sklerodermie besonders der rechte Oberschenkel vorn und an der Aufsenseite, sowie die Kreuzbeingegend. Die erkrankten Partien fühlen sich derb, narbenartig an, sind unbehaart, weifslich glänzend, sehr trocken und an der Peripherie abschuppend. An der Aufsenseite des Oberschenkels und zum Teil in der Kreuzbeingegend zeigt die Haut eine gelblich-bräunliche, an Pityriasis versicolor erinnernde Farbe. Die mikroskopische Untersuchung der Hautschuppen giebt keinerlei epiphytische Bakterien. Die Präparate enthielten lediglich verhornte Epithelialschüppchen mit mehr oder weniger starker Anhäufung von Pigment, das grüngelbe bis rostbraune Farbe hatte. — Der Verfasser knüpft an die Krankengeschichte des Falles folgende Schlufsbemerkungen: 1. Das vom Vater der Patientin behauptete

plötzliche Auftreten der Krankheit scheint sehr fraglich. Bei der Geringfügigkeit der Beschwerden, welche die Krankheit bei der weiteren Verbreitung machte, läfst sich vermuten, dafs auch im Anfange wenig Beschwerden vorhanden waren und so die Anfangsstadien der Krankheit übersehen wurden. Lewin und Heller teilen einen ekstatanten Fall mit, bei welchem die Sklerodermie plötzlich aufgetreten ist. 2. Bei der Weiterverbreitung der Affektion im vorliegenden Falle wurde an den frisch befallenen Stellen kein Odem bemerkt, höchstens könnte man von einer Turgescenz sehr mäfsigen Grades sprechen. 3. Bei dem Fortschreiten der Krankheit zeichneten sich sehr früh (ob zuerst?) die Austrittsstellen der Haare durch stärkere Pigmentierung aus, sie erschienen wie gelbbräunliche Punkte; im weiteren Verlauf war die Pigmentierung der Haut eine gleichmäfsige. 4. Die stärkere Ausdehnung der Hautvenen zeigte sich zwar auch an nicht befallenen Stellen, besonders aber an den erkrankten, und bildete sich beim Schwinden der Krankheit überall zurück, auch an den sklerodermafreien Stellen. 5. Die Haut war überall trocken; Schweifs wurde nicht bemerkt. 6. Eine Funktionsstörung scheint nur vorübergehend im Anfang stattgefunden zu haben. Während des Aufenthalts der Patientin im Hospital wurde nicht die geringste Störung bemerkt. 7. Die Behandlung bestand in warmen Seebädern mit nachfolgenden Einreibungen von Borsalbe. Später wurde innerlich Thyreoidin verordnet. Das Resultat war ein sehr zufriedenstellendes. Verfasser möchte jedoch der inneren Medikation von Thyreoidin wegen dieses einzigen Falles noch kein besonderes Gewicht beilegen. Thatsache ist, dafs die Krankheit während des Aufenthalts der Patientin im Hospiz stetig an Intensität abnahm.

III. **Zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum**, von J. V. Hjelmman-Helsingfors. Der Verfasser berichtet in der vorliegenden Arbeit über zehn von ihm histologisch untersuchte, von sieben verschiedenen Personen excidierte leukodermatische Hautstücke. Es wurden stets ungefärbte, aufserdem mit verschiedenartigen Farbstoffen, wie Alauncarmin, Safranin, Hämatoxylin u. a. gefärbte Schnitte untersucht. Das Resultat seiner Untersuchungen giebt Verfasser in folgenden Schlufssätzen wieder: 1. Leukoderma syphiliticum kann sich in direktem Anschlufs an ein syphilitisches Exanthem entwickeln. 2. Bei diesen postpastulösen resp. postmakulösen Leukodermien ist die Epidermis mehr oder weniger obliteriert und der Atrophie anheimgefallen, Zelleninfiltrationen finden sich in den Papillen und dem Stratum subpapillare. Der Pigmentgehalt ist im allgemeinen in der Cutis hochgradiger herabgesetzt als im Rete, ja in der Cutis kann das Pigment fast gänzlich ermangeln. 3. Unabhängig von den Hautentfärbungen nach syphilitischen Exanthemen kann sich eine primäre, diffuse Hyperpigmentation der Haut, eine wirkliche Pigmentsyphilis entwickeln, wahrscheinlich unter Einflüssen neurotischer Natur. Bei dieser Pigmentsyphilis findet sich in der Cutis relativ reichlich neugebildetes Pigment und eine leichte Zelleninfiltration längs den Gefäfsen in den Papillen und dem Stratum subpapillare. Sekundär kann sich infolge von Obliteration und Atrophie der Gefäfse an diese Pigmentsyphilis eine Dekoloration der Haut anschliefsen, wodurch die Haut auf ihren normalen Pigmentierungszustand zurückgeführt wird oder eine wirkliche Depigmentation auftritt. 4. Die postpapulösen resp. postmakulösen Leukodermien zeigen, wenigstens in einem Teil der Fälle, makroskopisch dasselbe Aussehen wie die an Pigmentsyphilis sich anschliefsenden. Auch durch die histologische Untersuchung allein kann im Einzelfalle die Provenienz der Leukodermie nicht festgestellt werden. 5. Das Verhalten und die Verteilung des Pigments bei diesen Pigmentanomalien deutet auf den hämatogenen Ursprung des Pigmentes und das Entstehen desselben in der Cutis.

IV. **Kasuistisches**, von E. Kromayer-Halle. 1. **Multiple subcutane Hautgummata längs der Lymphgefäfse im Anschlufs an ein Trauma.** Ein Fleischer-

meister acquiriert November 1894 Syphilis. Er machte mehrere Schmierkuren durch. Februar 1896 quetschte er sich beim Fleischhacken den linken Daumen, der empfindlich bleibt und sich entzündet. Nach vierzehn Tagen entwickeln sich auf dem Vorderarm in der Verlaufsrichtung der subcutanen Lymphgefäße vierzehn feste, mit der Unterlage gar nicht oder wenig verschiebliche Knoten, die durch straffe, subcutan gelagerte Stränge von Stricknadeldicke mit einander verbunden sind. Die Diagnose lautete multiple Gummata im Verlauf der subcutanen Lymphgefäße. Die mikroskopische Untersuchung und die eingeleitete Schmierkur, durch welche die Gummata in drei Wochen beseitigt wurden, bestätigten die Diagnose.

2. **Syphilitische Übertragung nach 20jähriger Ehe und 30jähriger Infektion.** Ein Kaufmann infizierte sich 1867 und machte mehrere Schmierkuren durch. Anfangs der siebziger Jahre stellte sich eine „trockene Flechte" beider Handflächen ein, die auf eine Ende der siebziger Jahre gebrauchte Schmierkur verschwindet, um nach einigen Jahren wiederzukehren und bis jetzt zu bestehen. Mitte der siebziger Jahre heiratete der Kaufmann. Der Ehe entsprossen, ohne Abort und Frühgeburt, drei gesunde blühende Kinder. Im Jahre 1896 zeigt die Ehefrau recente Syphilis (Psoriasis palmarum, breite Kondylome, papulöses Exanthem, Schwellung der Inguinaldrüsen). Die Untersuchung des Mannes ergiebt außer der Handflechte keine syphilitische Affektion, insbesondere auch nicht an den Geschlechtsteilen.

3. **Pityriasis rosea durch neue Strümpfe.** Die 18jährige Patientin bekam vierzehn Tage nachdem sie zum ersten Male die wollenen mit neuen, noch nicht getragenen baumwollenen Strümpfen gewechselt hatte, auf beiden Unterschenkeln bis kurz unter die Knie, soweit die Strümpfe reichen, einen fleckigen Ausschlag, der genau der Pityriasis rosea gleicht, den man sonst am Rumpfe zu beobachten pflegt. Mit Hutchinson und Lassar nimmt der Verfasser an, daß ein mechanischer oder chemischer Reiz der ungebrauchten Wäsche einen ätiologischen Faktor der Pityriasis rosea bildet. — Lassar hat bei einer Reihe anderer Krankheiten, so bei Ekzem, Psoriasis, Lichen planus ähnliche Reizmomente nachgewiesen. Diese Thatsache ist für das weitere ätiologische Studium der bedeutendsten und ätiologisch unerforschten Krankheiten der „infiltrierenden Flechten" von großer Bedeutung.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

November 1897.

I. **Kongenitaler Tumor (Acanthoma?) der behaarten Kopfhaut,** von J. W. Ballantyne. Das Gewächs saß bei dem Kinde auf der rechten Seite des Scheitelbeins etwa ½ Zoll von der Sagittalnaht entfernt und so ziemlich in der Mitte zwischen der vorderen und hinteren Fontanelle. Der Tumor sah in Größe und Gestalt aus wie der Daumen des Kindes, hatte die Konsistenz eines Lipoms, war auf der Unterlage frei beweglich und weder mit dem Knochen noch mit der Naht verwachsen. Die Haut darüber war hellrot, glatt, haarlos. Die übrige Kopfhaut war normal und trug reichlich schwarzes Haar. Die mikroskopische Untersuchung ergab als wesentlichsten Befund eine bedeutende Entwickelung der Stachelzellenschicht der Epidermis, während nicht die geringste Andeutung der Vermehrung des Stratum corneum vorhanden war. Es handelte sich also um eine Hyperacanthosis ohne Hyperkeratosis. Von Interesse war ferner die Anwesenheit von Talgdrüsen in allen Stadien der Entwickelung, während die Haare gänzlich fehlten. Das Corium bietet keine bemerkenswerten Veränderungen dar. Die Vascularität des Tumors war wenig ausgesprochen. Pigmentation war nicht vorhanden, Schweißdrüsen nur sehr spärlich. — Der Verfasser bespricht die Pathogenese und Nomenklatur des Falles.

II. **Über die Übertragung der Syphilis auf die vierte Generation** (Schluſs), von GEORGE OGILVIE-London. Nach einer kritischen Durchsicht der einschlägigen Litteratur spricht der Verfasser seine Ansicht bezüglich des PROFETAschen Gesetzes dahin aus: Klar ist nur eins, nämlich die temporäre Immunität eines von einer sekundär-syphilitischen Mutter geborenen Kindes. Diese Thatsache berechtige durchaus nicht derart zu einem „Gesetze" verallgemeinert zu werden, daſs man annehme, gesunde Kinder syphilitischer Eltern erlangten dauernd Immunität, ohne Rücksicht darauf, ob die Syphilis den Vater oder die Mutter oder beide treffe, ob sie eine sekundäre, tertiäre oder latente oder ob sie noch in Blüte wäre oder der Vergangenheit angehöre. Dieses an sich zweifelhafte „Gesetz" fand neuerdings durch DÜRING insofern eine Erweiterung, indem er sagt, „nach dem PROFETAschen Gesetze erfreuten sich die von syphilitischen Eltern abstammenden Kinder einer gewissen Immunität gegen syphilitische Infektionen. Diese Immunität werde verstärkt — eine praktische Bekräftigung von EHRLICHS Experimenten über Immunität durch Vererbung und Säugung — durch das Kind, wenn es von seiner eigenen Mutter oder einer syphilitischen Amme genährt werde." Verfasser glaubt nicht, daſs genügend Thatsachen für eine solche Annahme vorlägen. Er könne sich auch nicht denken, daſs jemand ein gesundes von syphilitischen Eltern herrührendes Kind zu dem Zwecke einer syphilitischen Amme übergeben würde, um die Immunität des Kindes zu vermehren. Diese angebliche Thatsache soll nun nach DÜRING eine Bekräftigung von EHRLICHS Experimenten sein. Das sei nicht richtig, da EHRLICH in seinen genialen, genau präcisierten Untersuchungen gezeigt habe, daſs Mäuse, deren Mütter gegen einige vegetabilische Gifte stark immun gemacht worden wären, mit einem gewissen Grade von Immunität geboren seien, die weiter verstärkt werden könnte, wenn sie von stark immunen „Ammen" gesäugt würden. EHRLICH fand auch, daſs Mäuse von normalen Müttern immun werden, wenn sie von immunisierten „Ammen" gesäugt würden. Weiter zeigte er, daſs, wenn man eine Maus durch Injektionen von Antitoxin gegen Tetanus immun mache, die Immunität auf jene übertragen werden könnte, welche von dieser Maus gesäugt würden. EHRLICHS Resultate bezogen sich nur auf Mäuse, während sie beispielsweise bei Kaninchen und Meerschweinchen negativ ausfielen. Seine Experimente bezüglich der Immunisierung von Mäusen gegen Tetanus lieſsen keinerlei Schlüsse auf die Immunisierung von Menschen gegen Syphilis zu.

Dezember 1897.

I. **Xanthoma diabeticorum**, von NORMAN WALKER-Edinburgh. Die Affektion begann bei der 21jährigen Patientin Weihnachten 1896 mit dunkelroten Flecken zuerst an den Knien und Ellenbogen, später am Kinn und auf dem Nasenrücken. Der Ausschlag verbreitete sich dann abwärts auf die Unterschenkel und Füſse und Vorderarme und Hände. Der Stamm blieb stets frei von Efflorescenzen. Bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser zeigte die Patientin an den erwähnten Körperteilen verschieden groſse Knötchen von blaſsroter Farbe mit einem deutlichen Stich ins Gelbliche. Ihre Basis war von einem kleinen weiſsen Epidermisring umgeben. Einige der Efflorescenzen waren deutlich konisch gestaltet und sahen mit ihren gelblichen Spitzen ganz wie Pusteln aus. Die gröſseren der konischen Knötchen zeigten einen roten Hof, der den kleineren und kleinsten fehlte. — Die Affektion verursachte der Patientin weder Jucken noch Brennen, noch irgend eine subjektive Empfindung. Im Juni 1897 war der Ausschlag fast ganz verschwunden, brach jedoch im nächstfolgenden Monat wieder aus. Die Untersuchung des Urins ergab ca. 5 % Zucker und 1 % Albumen. — Im folgenden stellt der Verfasser die bisher in der Litteratur publizierten Fälle von Xanthoma diabeticorum tabellarisch zusammen unter

besonderer Berücksichtigung des Geschlechts, Alters der Patienten, der Dauer des Diabetes und des diabetischen Ausschlages, des Zucker- und Eiweifsgehalts des Urins, ferner des Sitzes und der Beschaffenheit der mit dem Diabetes ursächlich zusammenhängenden Hautefflorescenzen. — Die Krankheit trifft Leute jedes Geschlechts und jedes Alters. Die Mehrzahl der Patienten standen im Alter von 30—40 Jahren. Bei seinen Beobachtungen hat Verfasser nicht die Überzeugung gewinnen können, dafs der Zucker unmittelbar das Xanthoma hervorrufe. — Die histologischen Befunde, die Verfasser aus der Untersuchung excidierter Efflorescenzen erhalten hat, decken sich fast vollständig mit den von Unna in seiner *Histopathologie* (pag. 951) beschriebenen. Verfasser glaubt, dafs die fettige Degeneration verhältnismäfsig erst spät auftritt und nicht unbedingt für den Krankheitsprozefs notwendig sei, da beispielsweise ein von Jamieson beschriebener Fall in keinem Stadium die gelbe Farbe der Efflorescenzen aufwies. Auch der vorliegende Fall des Verfassers zeigte im Beginn nicht charakteristisch gelbliche, sondern dunkelrote Flecke.

C. Berliner-Aachen.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1897. III. Heft.

I. **Über den Pleomorphismus und die Pluralität des Trichophyton**, von Carruccio. Nach den Untersuchungen des Verfassers wird die Trichophytie von einem und demselben in seinen morphologischen und Entwickelungserscheinungen sich stets gleich bleibenden pathogenen Agens verursacht. Dieser Parasit ist monocellulär; die einzelnen Zellen reihen sich serienweise aneinander und machen so den Eindruck von Hyphen. Die morphologischen Volumsverschiedenheiten sind nicht dem Parasiten selbst zuzuschreiben, sondern hängen von den Bodenverhältnissen ab. Jede Abweichung vom Typus ist als eine degenerative Erscheinung zu betrachten, wie sie in allen älteren oder auf ungünstige Nährböden überpflanzten Kulturen vorkommen.

II. **Hereditäre Syphilis mit Gehirnläsionen**, von Costanzo Rocca. Es handelt sich um ein 5jähriges Kind mit verschiedenen spezifischen Erscheinungen, das an einer ebenfalls spezifischen Pneumonie gestorben war. Im Gehirne fand man folgende Veränderungen: Entzündung und Verdickung der Pia; Neubildung von Gefäfsen, die stellenweise mit Fibrin und Leukocyten angefüllt sind; wo letztere vorkommen, sind die perivaskulären Scheiden enorm erweitert. Die Neuroglia, besonders in der Marksubstanz der temporalen Windungen, erscheint bei der Färbung wie gestreift; diese Streifen stehen senkrecht zur Basis des Gehirns und das Gehirn sieht dort wie aus einer fibrösen Masse bestehend aus. Die Zellkerne der Neuroglia sind vermehrt und erscheinen verkleinert; ihre Verteilung ist ziemlich unregelmäfsig; die Nervenzellen in den Windungen der Schläfengegend sind zu Gruppen von zwei oder drei vereinigt, durch Zwischenräume voneinander getrennt und von zahlreichen kleinen, runden und gleich grofsen Körperchen umgeben. Zahlreiche Veränderungen der Gefäfse der Gehirnsubstanz: Arteriitis und Periarteriitis, stark geschlängelter Verlauf der kleinen Rindengefäfse, aneurysmatische Erweiterungen der Arteriolen und Kapillaren; frische und alte hämorrhagische Herde mit Gehirnsubstanzverlust in der Rinde und im Marke; Gefäfsneubildung in der Umgebung des Corpus callosum, wo sich ein wahrer Gefäfstumor gebildet hat.

III. **Das Rückenmark in einem Falle von Pemphigus simplex**, von Brocchieri. Die vorgefundenen entzündlichen Erscheinungen beschränken sich beinahe ausschliefslich auf die graue Substanz des Rückenmarks, speziell die Vorder- und Seitenhörner, die vordere und hintere Kommissur und den Centralkanal.

C. Müller-Genf.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

November 1897.

I. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit vielen an Impetigo herpetiformis erinnernden Merkmalen,** von J. A. Fordyce-New York. Der 66 Jahre alte Patient hat niemals Syphilis oder sonst eine ernste Krankheit gehabt. Vor 40 Jahren entstand im Anschluſs an eine Verletzung der Vorderfläche des linken Beines ein vesikopustulöser Ausschlag, der nach einigen Tagen eintrocknete und verschwand, aber während der letzten 40 Jahre immer wieder auf derselben Vorderfläche des linken Beines recidivierte. Dezember 1896 empfand der Patient über dem rechten Beine intensives Jucken, das ihn veranlaſste, sich stark zu kratzen. Bald darauf zeigten sich auf der hyperämischen Fläche Gruppen von Bläschen, welche deutlich die Tendenz zeigten, sich ringförmig aneinander zu reihen. Der Ausschlag ergriff nach und nach den ganzen rechten Unterschenkel, einen Teil des Oberschenkels, sodann die linke untere Extremität, die Arme, das Abdomen und die Glutäalregion. Die Ausbreitung des Ausschlages war von intensivem Jucken begleitet, das dem Patienten Schlaf und Appetit raubte. — Bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser bestand der Ausschlag aus Bläschen, Pusteln, Papeln und dichtgedrängten, stecknadelkopfgroſsen pustulösen Efflorescenzen. Stellenweise bestand Nässen. — Die Schleimhäute waren bis auf die Uvula, welche gerötet, geschwollen und der Sitz einer oberflächlichen Läsion war, frei von der Affektion. — Unter der Behandlung mit Ichthyolsalbe besserte sich zeitweilig der Ausschlag, bis im Januar 1897 eine auſserordentliche Verschlimmerung eintrat, die das Allgemeinbefinden des Patienten in lebensgefährlicher Weise störte. Erythematöse und urticariaähnliche Efflorescenzen zusammen mit Gruppen von Papulovesikeln kamen am Rücken und an der Glutäalgegend zum Vorschein. Auch von dieser Attacke erholte sich der Patient derart, daſs er in gebessertem Zustande aus dem Hospital entlassen werden konnte. Der Ausschlag hatte an der Innenseite des rechten Oberarmes nahe der Achselhöhle einen deutlich papillomatösen Charakter angenommen. Dieselbe Beschaffenheit zeigte der Ausschlag auch am linken Arm und in geringem Maſse an den Beinen. — Die mikroskopische Untersuchung excidierter kleiner Vesikopusteln ergab eine beträchtlich verdickte Epidermis, durchsetzt von zahlreichen, polynukleären Leukocyten und Langerhansschen Zellen. Die interpapillären Fortsätze dehnen sich tief ins Corium hinein. Auch das Stratum corneum und granulosum sind in mäſsigem Grade verdickt. In den tieferen Schichten des Rete zeigen einige sehr kleine Vesikeln zahlreiche mono- und polynukleäre Leukocyten in gleichmäſsiger Verteilung. Das Corium direkt unter dem Bläschen ist dicht besät von Zellen ähnlicher Beschaffenheit, gleichzeitig bemerkt man Kernfragmente und eine Anzahl eosinophiler Zellen. Am stärksten zeigt sich die entzündliche Zelleninfiltration in der Papillenschicht des Coriums. Hier scheint der Krankheitsprozeſs seinen Ausgang zu nehmen. — Der Verfasser vergleicht seine Befunde mit denen anderer Autoren und widmet der Differentialdiagnose zwischen Impetigo herpetiformis und Dermatitis herpetiformis eine eingehende Besprechung.

II. **Ein Fall von Impetigo herpetiformis,** von M. B. Hartzell-Philadelphia. Die Affektion begann bei der 84jährigen Frau, ohne deren Allgemeinbefinden zu beeinträchtigen, Ende Januar 1896 an den Unterextremitäten und trat später am Abdomen und an den Armen auf. An den erwähnten Partien sah Verfasser bei der ersten Besichtigung der Patientin eine Anzahl ganz dick mit Krusten bedeckter, unregelmäſsig oval gestalteter, von einem hellroten Rande umgebener Plaques, auf denen

sich zahllose stecknadelkopfgroſse, einzelnstehende, flache, schlappe Pusteln befanden. Aufser diesen safsen noch zahlreiche Pusteln an den Rändern der krustigen Plaques auf geröteter Basis. Die subjektiven Symptome, besonders das Jucken, waren im Beginn in hohem, später in mäfsigem Grade vorhanden. — Eine Woche nach der ersten Besichtigung sah Verfasser die Patientin wieder. Der Ausschlag hatte sich rapide ausgedehnt. Der ganze Stamm, die Hände und Füfse, die bis dahin freigeblieben waren, waren von zahllosen stecknadelkopfgrofsen Pusteln bedeckt. Unberührt blieben nur das Gesicht und die Kopfhaut. Gleichzeitig war das Allgemeinbefinden der früher sonst gesunden und trotz des hohen Alters noch geistig frischen Patientin empfindlich gestört. Sie fieberte und litt an Appetitlosigkeit. Schliefslich wurden auch noch Hals, Gesicht, Kopfhaut und die Zunge von der Affektion befallen. Die letztere zeigte einige Geschwürchen, die ziemlich rasch abheilten und die Patientin wenig genierten. Am 22. April, etwa drei Monate nach Beginn der ersten Symptome, bekam die Patientin einen Schüttelfrost und Collapsanfall. Verfasser zog Dr. Duhring zu Rate, der mit ihm bezüglich der Diagnose Impetigo herpetiformis übereinstimmte. Die Patientin verfiel in Coma und starb unter septischen Erscheinungen. — Der Verfasser wirft einen Rückblick auf die einschlägige Litteratur.

III. **Ein Fall von Hernia testis,** von G. W. Allen und F. Cotton-Boston. Über den gutartigen Fungus des Testikels hat zuerst Lawrence im Jahre 1808 geschrieben. Er betrachtet ihn als das Resultat einer umschriebenen Entzündung nahe der Oberfläche des Testikels, in welche die Tunica albuginea und die darüber liegenden Gewebe mit hineingezogeu werden. Diese bersten schliefslich und es entsteht eine Öffnung, durch welche der Testikel wie durch ein Fenster noch vorn drängt. Bisweilen findet man dann das ganze Organ aufserhalb des Scrotums, während die Epididymis zurückbleibt. Die Haut hinter der fungösen Masse verdickt und verhärtet sich und bildet einen zähen, fibrösen Ring, während die Tunica vaginalis und albuginea sich retrahieren. — Nach einigen Autoren, wie Burnett, spielt Syphilis, nach anderen Tuberkulose eine ätiologische Rolle bei der Entstehung des Fungus des Testikels. — Verfasser beschreibt folgenden Fall: Der 20jährige Patient kam mit einem chronischen Tripper, einer seit drei Wochen bestehenden Epididymitis und Schwellung des Samenstranges am 20. Februar 1897 ins Hospital. Vier Tage später wurde eine haselnufsgroſse Schwellung vorn am Testikel bemerkt. Sie war konisch gestaltet, die darüber liegende Haut dünn und gespannt. Sie glich einem tuberkulösen Abscefs der Epididymis. Auf eine Incision erschienen 1—2 Tropfen dünnen Eiters und gleichzeitig wölbte sich aus der Incisionsöffnung weiches, gelblichgraues, schwammiges Gewebe hervor, das an den Testikel erinnerte und sich auch als solcher erwies. Es wurden sofort Kulturen angelegt. In den nächsten Tagen kamen mehr und mehr nekrotische Massen zum Vorschein, nach deren Abstofsung eine gröfsere Öffnung sich gebildet hat, durch welche der Testikel deutlich erkennbar wird. — Der Patient zeigt in den folgenden Wochen sekundär-syphilitische Erscheinungen. — Die bakteriologische Untersuchung nekrotischer Partikelchen ergab einen Mikrococcus, der etwas kleiner als der Staphylococcus aureus ist und im wesentlichen dem Staphylococcus pyogenes albus entspricht, von dem er vielleicht eine Abart ist. Impfversuche an Tieren fielen negativ aus. — Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung läfst die Vermutung zu, dafs die Gangrän des Testikels in ursächlichem Zusammenhange mit der Syphilis stehe.

IV. **Ein Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Ichthyosis an der Hand eines Falles, bei welchem die Schilddrüse fehlte,** von J. M. Winfield und J. M. Van Cott-Brooklyn. Aus der Anamnese ist von Interesse, dafs die Mutter des

ichthyotischen Kindes sieben Schwangerschaften durchmachte. Die beiden ersten Kinder leben und sind gesund. Die dritte Schwangerschaft endete mit einer Frühgeburt im sechsten Monate, die vierte mit einem voll ausgetragenen Kinde, das nach einem Jahre an einer Kinderkrankheit starb. Das fünfte Mal gebar die Frau im achten Monate ein ichthyotisches Kind, über das SHERWELL in der Amerikanischen Dermatologischen Versammlung des Jahres 1894 berichtet hat. Das sechste Kind war ein Jahr später vollständig normal geboren, starb jedoch wenige Minuten nach der Geburt infolge einer Verletzung mit der Geburtszange. Sechs Monate später wurde die Frau wieder schwanger und gebar nach einer vollen Schwangerschaftszeit das in Rede stehende ichthyotische Kind. — Die Eltern wie die Grofseltern desselben sind früher gesund gewesen, haben insbesondere keine Syphilis gehabt. Hervorzuheben ist noch, dafs die Mutter von der fünften Schwangerschaft an häufig an nervösen Anfällen gelitten hat. — Als Verfasser das Kind vier Tage nach der Geburt sah, war der ganze Körper bedeckt mit dicken, rötlich-braunen Epidermislamellen, zwischen denen sich verschieden tiefe Hautrisse befanden. Da solche auch an den Mundwinkeln vorhanden waren, so konnte dem Kinde nur sehr schwer Nahrung zugeführt werden. Dasselbe starb $2^1/_2$ Wochen nach der Geburt an Auszehrung und stetigem Temperaturverluste. — Die acht Stunden nach dem Tode vorgenommene Autopsie ergab einen vollständig abgemagerten Körper, bedeckt mit grofsen, fettigen Epidermisschuppen. Die inneren Organe, Herz, Lunge, Leber und Milz waren normal. Am Halse fehlte die Schilddrüse, auch waren keinerlei Anzeichen vorhanden, dafs sie jemals existiert habe. — Über das Resultat der mikroskopischen Untersuchung von Hautschnitten berichtet Dr. VAN COTT. Das Stratum corneum ist beträchtlich verdickt, das Rete erscheint fast normal. Die Schweifs- und Talgdrüsenmündungen sind vorhanden. Sowohl das Rete wie das vorhandene subcutane areoläre Gewebe zeigen in einigen Schnitten deutliche Anzeichen von Nekrosis und Infiltration mit kleinen Rundzellen; in gewissen Bezirken sind die Lymphräume verstopft durch Gebilde, die in jeder Beziehung an Mikrokokken erinnern. Diese mit den morphologischen Elementen erfüllten Lymphräume befinden sich vorwiegend in der Nachbarschaft der Blutgefäfse, sowohl der kleinen Arterien wie Venen. Die Gebilde beschränken sich in auffallender Weise auf die Lymphkanäle; nur in wenigen Bezirken des subcutanen, areolären Gewebes scheinen sie allgemein verteilt zu sein. — Der Eindruck, den Dr. VAN COTT von diesen die Lymphräume ausfüllenden Gebilden erhalten hat, ist der, dafs sie auf eine Bakterieninfektion hindeuten, welche Veränderungen von deutlich entzündlichem Charakter hervorgerufen hat. Der genaue Ursprung und das Wesen des Mikrococcus, der vielleicht eine ätiologische Rolle bei der Affektion gespielt hat, ist dunkel. Bekannt ist wohl die Thatsache, dafs der Fötus in utero von Mikroorganismen verschiedener Art infiziert werden kann. — In ätiologischer Beziehung sind zusammenfassend für den vorliegenden Fall die folgenden Punkte hervorzuheben: 1. Das Fehlen der Schilddrüse. 2. Die Anwesenheit von Mikroorganismen in den Lymphräumen und um dieselbe herum. 3. Die nervösen Erscheinungen der Mutter während der Schwangerschaft. — Dafs die Schilddrüse irgend einen Einfluſs auf die Ernährung der Haut hat, ist heute eine feststehende Thatsache. Inwieweit jedoch das Fehlen der Schilddrüse zu einer Ichthyosis congenita und verwandten Krankheiten zu führen vermag, das kann man mangels weiterer klinischer und postmortaler Beweise noch nicht mit Bestimmtheit sagen. Von Bakteriologen ist nachgewiesen, dafs Schilddrüsen-Bouillon eine hemmende Wirkung auf das Wachstum von Bakterien ausübt. Das Fehlen der Schilddrüse in dem vorliegenden Falle kann die Ansiedelung und Entwickelung des gefundenen Mikrococcus erleichtert haben.

Dezember 1897.

I. **Einige Fälle von eingebildeten Hautausschlägen**, von F. J. Shepherd-Montreal. Fall 1. Die 30jährige Wärterin im Allgemeinen Krankenhause zu Montreal konsultierte im Juli 1890 den Verfasser wegen eines eigentümlichen Hautausschlages, der seit 8—10 Tagen bestand, an beiden Handrücken und an den Vorderarmen lokalisiert war und aus einer Anzahl runder, etwa 50 Pfennigstück grofser Plaques bestand. Einige derselben waren ganz trocken, hart, gangränös und sahen fast schwarz aus; andere waren transparent, von hellgelber Farbe und ganz empfindungslos; noch andere sahen nur rot und entzündet aus. Um die Ränder einer jeden Plaque war ein entzündlicher Hof, und eine schwache Demarkationslinie war im Entstehen begriffen. In einigen Plaques konnte man sehr deutlich koncentrische Ringe sehen, die Eindruck machten, wie wenn sie durch eine Metallscheibe hervorgerufen worden wären. Der Verfasser vermutete sofort, dafs es sich um einen artificiellen Ausschlag handelte. Die Patientin leugnete jedoch ganz entrüstet, irgend etwas gethan zu haben, um die Affektion künstlich hervorzurufen. Daraufhin wurde sie im Hospital streng beobachtet, Hände und Arme mit Watte und Binden gut verbunden. Nach einer Woche waren eine Anzahl von Stellen abgeheilt und keine neue mehr entstanden. Es stellte sich schliefslich heraus, dafs die Patientin mit einer stark erhitzten Metallbüchse die Hautgangrän künstlich erzeugt hatte. Lokale Gangrän oder das sogenannte Erythema gangraenosum, die spontane umschriebene Gangrän wird man nach Tilbury Fox immer als ein künstliches Produkt ansehen können. — Im 2. Falle handelte es sich um eine 44jährige Frau mit künstlich produzierten, sehr lästigen Blasen an den Wangen. — Der 3. Fall betraf eine 28jährige, nervöse, hysterische Frau, die, um Mitleid und Interesse zu erregen, mit Krotonöl einen Ausschlag am vorderen Thorax hervorgerufen hatte und sich jetzt mit besonderem Vergnügen den Studierenden präsentierte. — Fall 4. Eine intelligente, wohlgenährte Wärterin zeigte bei ihrem Eintritt ins Hospital einige Narben an den Waden und am Fufsrücken, aufserdem an der Innenseite des linken Fufses vier wohl begrenzte, verschieden grofse nekrotische Partien, die sämtlich ganz schwarz waren. Um jede konnte man eine im Entstehen begriffene Demarkationslinie wahrnehmen. Sonstige Störungen nervöser Art oder Cirkulationsstörungen fehlten ganz; die Patientin war gesund. Verfasser fand heraus, dafs sie eine leidenschaftliche Cigarettenraucherin war und wahrscheinlich mit dem Ende der Cigarette sich die Brandwunden beigebracht hatte.

II. **Ein Fall von spontaner Gangrän der Haut**, von W. Th. Corlett-Cleveland. Das 15jährige, grofse, kräftige Mädchen giebt an, dafs sie im August 1896 beim Traubenabpflücken von einem jungen Manne mit einem Traubenblatte an der linken Wange gerieben worden. Am folgenden Tage zeigten sich zwei Flecke, die an Brandwunden erinnerten, hierauf bildeten sich zwei Blasen. Die Wange war geschwollen, gespannt und schmerzhaft. Nach drei Wochen waren die Brandstellen abgeheilt. Ende Dezember 1896 entstand an der Dorsalfläche des linken Mittelfingers eine Brandstelle, welche sich in den folgenden Wochen langsam auf die Hand ausdehnte und derjenigen an der Wange sehr ähnlich sah. Eine weitere solche gangränöse Partie bildete sich an der Dorsalfläche der kleinen Zehe nahe am Nagel und dehnte sich serpiginös fortschreitend auf den ganzen Fufsrücken aus, die Haut desselben zerstörend. Die Patientin konnte nicht gut gehen, empfand jedoch trotz der ausgedehnten Verwüstung wenig Schmerzen. Eine genügende Erklärung für das Auftreten der Gangrän bei dem weder anämischen noch hysterischen Mädchen konnte nicht gefunden werden. Unter geeigneter Behandlung erfolgte verhältnismäfsig rasch vollständige Heilung.

III. **Nephrektomie wegen Cystadenoma bei einer graviden Frau**, von Ch. L. Scudder-Boston. Bei der 22jährigen Frau im dritten Monate der Gravidität wurde März 1894 ein Tumor in der linken Lumbarregion festgestellt. Die durch Aspiration abgezapfte Flüssigkeit war blutig rot, reagierte schwach alkalisch, enthielt eine beträchtliche Menge Eiweifs, Gallenfarbstoff, normale Blutkörperchen teils in Geldrollenform, zahlreiche fettige, braun granulierte Zellen, kleine und grofse; viel körnige, amorphe Substanz, freie Fettkügelchen, Cholesterinkrystalle, dagegen keine Hämatoidinkrystalle. Der Inhalt entspricht im wesentlichen dem einer Nierencyste; ganz ungewöhnlich ist nur die Anwesenheit von Galle. Da die Geschwulst in der letzten Zeit rasch gewachsen war, wurde die Nephrektomie unter Beobachtung aller Kautelen erfolgreich ausgeführt. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Cystadenoma der Niere mit Tendenz zu hyaliner Degeneration des Inhalts. Die Operation hatte keinen nachteiligen Einfluſs auf die Gravidität. Die Frau gebar ein vollausgetragenes lebendes Kind. Seit der Operation sind mehr als drei Jahre verflossen. Die Frau ist kräftig und gesund und hat inzwischen ein zweites Kind zur Welt gebracht, das jetzt zehn Monate alt ist.

IV. **Ein Beitrag zum Studium der Hautblutungen**, von J. N. Hyde-Chicago. Ein 42jähriger Geistlicher konsultierte den Verfasser wegen eines Ausschlages im Gesicht und auf der Kopfhaut, der angeblich durch die frische Farbe der Wände entstanden sein sollte. Der Ausschlag bestand aus einer Anzahl einzeln stehender vesiko-pustulöser und pustulo-krustöser Efflorescenzen. Gleichzeitig zeigten sich die Augen und Augenlider schwach gereizt. Der Fall wurde als eine Dermatitis venenata angesehen und dementsprechend auch behandelt. Nahezu sechs Jahre hörte Verfasser nichts mehr über den Patienten, bis er eines Tages, sich mühsam fortbewegend, ins Sprechzimmer trat. Sein Gesicht schien blutleer zu sein und zeigte die charakteristische Blässe der perniciösen Anämie. Die Lippen und Conjunktivae waren so bleich wie die Gesichtshaut. Aus der früheren Krankengeschichte gab der Patient an, dafs er seit jener ersten Konsultation wiederholt an Hautblutungen im Gesicht und an anderen Körperstellen gelitten habe, die ihn körperlich so heruntergebracht hätten und gegen welche er bisher vergeblich die Hülfe verschiedener Ärzte angerufen hätte. Über den Beginn der Blutungen befragt, giebt der Patient an, dafs solche bisweilen an Punkten erfolgt sei, wo die Haut sich gereizt zeigte. Im allgemeinen jedoch traten die Blutungen an scheinbar gesunden und völlig unverletzten Hautstellen auf. Zuerst machte sich auf der Haut eine Erhabenheit, wie eine Papel, bemerkbar, die barst und von einem langsamen und schmerzlosen Hervorsickern von Blut gefolgt war. Der Blutverlust von einem einzigen Punkte dauerte gelegentlich Monate; einmal verstrichen sogar sechs Monate, ehe eine solche Blutung aufhörte. Niemals befand sich in einer Papel eitrige Materie. Beim Abheilen der einzelnen Stellen bleiben zuweilen keine, zuweilen ganz oberflächliche Narben zurück. Bei der Untersuchung hörte ein hämorrhagischer Punkt am Unterkinn gerade auf, Blut zu entleeren. Nichts als eine lineäre Blutkruste war äufserlich sichtbar. Wurde diese Kruste entfernt, so folgte Entleerung von dunkelgefärbtem Blute. Die Blutung konnte rasch gestillt werden und kehrte nicht wieder. Eine Besichtigung des ganzen Körpers ergab nirgends Ecchymosen noch Vibices, mit denen jene aus einer einzelnen Hautstelle erfolgenden Blutungen nicht zu verwechseln sind. Der Urin war frei von Blut. Das Blut selbst ergab nur 55% des normalen Hämoglobingehaltes. Auffallend war der Befund von Malariaplasmodien, trotzdem weder die Leber noch die Milz irgend eine Vergröfserung zeigten. Nur 30% der normalen Zahl roter Blutkörperchen war im Blute des Patienten vorhanden. Die Behandlung bestand in einer kräftigen Kost, Eisen und Chinin innerlich. Die Stunden der Ruhe und der freien

Bewegung des Patienten in der Luft wurden sorgfältig kontrolliert. Der Zustand besserte sich langsam aber sicher. Ein nicht unbedeutender Faktor bei diesem günstigen Resultate war der Umstand, dafs der Patient wieder Hoffnung auf Genesung zu schöpfen begann und psychisch wieder auflebte. Die Blutungen hörten auf, ohne wiederzukehren. Eine völlige Wiederherstellung ist zweifellos. — Verfasser bespricht eingehend die Pathogenese des Falles. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Handbuch der Anatomie des Menschen, herausgegeben von Karl von Bardeleben. V. Band, I. Abt.: **Haut** (Integumentum commune), von Prof. Dr. A. v. Brunn. (Gustav Fischer, Jena 1897.) Seit der grofsen Bearbeitung der Anatomie der Haut durch Unna im *Ziemssenschen Handbuche* ist keine ausführlichere anatomische Darstellung der Haut erschienen. Die jetzt vorliegende von v. Brunn ist insofern mit der Unnaschen nicht zu vergleichen, als sie zum grofsen Teil nicht auf eigenen Untersuchungen beruht und sich auch von weitgehenden theoretischen Erwägungen freihält. Sie giebt in klarer Weise das feststehende an der Hand guter Illustrationen, die zum Teil anderen Autoren entnommen sind, in abgerundeter Form wieder. Wer sich nur genauer mit der Anatomie der Haut vertraut machen will, kann sie hier sehr gut lernen; wer sich aber über strittige Fragen genauer instruieren möchte, dem wird das Buch nicht immer genügen. Es ist auch manche histologische Frage etwas kurz abgethan. So reichen die Ausführungen über das Keratohyalin nicht aus und geben ein einseitiges Bild, werden folglich nicht den verschiedenen Anschauungen gerecht. Dafs Ranvier die später von Waldeyer als Keratohyalin bezeichneten Körnchen Eleidin benannte, wird erwähnt. Dafs wir aber unter diesem Namen jetzt nach den Arbeiten von Buzzi und anderen eine andere ölige Substanz verstehen, davon steht kein Wort. Wenig genügend sind auch für eine ausführliche Darstellung der Anatomie der Haut die Erwägungen über den Ursprung des Pigments. Aber das sind Einzelheiten, die mir so aufgefallen sind, im ganzen ist das Buch ein gutes. Ich habe es mit Vergnügen durchstudiert und meine anatomischen Kenntnisse in vortrefflicher Weise dabei aufgefrischt. Wer ein Bedürfnis nach einer solchen Auffrischung fühlt, der folge meinem Beispiel! *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna. Heft I: Tafel 1—6. (Hamburg, 1897. Leopold Voss.) Niemand hat wohl die *Histopathologie* Unnas aus der Hand gelegt, ohne tief zu bedauern, dafs dieselbe nicht bildlich die geschilderten Befunde wiedergiebt; denn nur durch das ungeschminkte Bild erhalten die aus den Befunden gezogenen Schlüsse für den Leser Beweiskraft. In dem vorliegenden Atlas wird der Versuch gemacht, diese Lücke auszufüllen, indem zunächst in einem Heft eine Reihe von Bildern zusammengestellt werden, die schon in diesen Blättern früher erschienen sind. Weitere Hefte sollen dann das angefangene vervollkommnen und so die histologischen Präparate Unnas den Lernenden und Kritisierenden zugänglich machen. Man kann sich über das Unternehmen nur herzlich freuen und wünschen, dafs nicht durch ein zu langsames Erscheinen die Geduld zu sehr auf die

Probe gestellt werde. Es kann jetzt für Unna kaum eine bedeutendere und würdigere Arbeit zur Zeit geben, als die Herausgabe dieses Atlas mit der ihm eigenen Energie zu betreiben.

Das vorliegende Heft bietet ausgezeichnete Reproduktionen von: 1. Impetigo staphylogenes, 2. Folliculitis staphylogenes, 3. Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes, 4. Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen, 5. und 6. Furunkel. — Eine kurze Schilderung erläutert die mikroskopischen Abbildungen. Jedoch wäre die genaue Wiedergabe der angewendeten Färbetechnik bei jedem einzelnen Bilde sehr zu wünschen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cystitis und Urininfektion. Klinische, experimentelle und bakteriologische Studien, von Max Melchior. (S. Karger, Berlin 1897.) Nach einer historischen Einleitung giebt Verfasser eine Schilderung über die verwendeten Methoden, die Entnahme des Harns, wozu ein besonders konstruierter Doppelkatheter verwendet wurde, die Art der chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung, und knüpft daran 35 klare Krankengeschichten; weitere sind dann noch später eingeflochten. Die sehr umfangreiche, auf zahlreichen Experimenten basierende fleifsige Arbeit kann leider hier nicht in extenso wiedergegeben werden; es seien deshalb nur die vielleicht nicht ganz einwandfreien Schlufssätze angeführt. Wer sich für die Frage der Harninfektion interessiert, wird nicht umhin können, das Buch im Original zu studieren.

1. Eine jede Cystitis ist durch Mikrobien bedingt (von seltenen Vergiftungen durch chemische Stoffe abgesehen).

2. Im allgemeinen findet man im Cystitisharn eine Reinkultur einer einzigen Species, gewöhnlich in kolossaler Menge.

3. Der Bacillus, welcher sich am häufigsten bei Cystitis findet und von den Verfassern unter sehr verschiedenen Namen beschrieben wird, ist mit einem gewöhnlichen Darmparasiten, Bacterium coli commune, identisch; er ist pyogen und infektiös, von sehr verschiedener Virulenz.

4. In der Urethra, im Präputium beim Manne und in der Vagina beim Weibe finden sich häufig pyogene Bakterien, welche durch Hineinbringen in die Harnblase Cystitis erzeugen können.

5. Das Mikrobion allein erzeugt keine Cystitis, doch giebt es ein Bacterium, Proteus Hauser, das beim blofsen Hineinbringen in die Harnblase Cystitis erzeugen kann, kraft einer excessiven harnstoffzersetzenden Fähigkeit.

6. Das Mikrobion vermag nur dann Cystitis zu erzeugen, wenn die Harnblase vorher durch Einwirkung verschiedener disponierender Momente, besonders Retention und Trauma, für die Infektion empfänglich gemacht ist.

7. Sowohl Harnretention als Trauma sind an und für sich aufser stande Cystitis zu erzeugen. Das Mikrobion ist immer die entscheidende Ursache.

8. Die verschiedene Natur der Cystitis beruht auf präexistierenden Läsionen, auf der Beschaffenheit des Substrats in Verbindung mit den verschiedenen Eigenschaften des Bacteriums, worunter die Virulenz hervorgehoben werden mufs.

9. Bei jeder Cystitis enthält der Harn Eiterkörperchen, doch in sehr verschiedener Menge; die Existenz einer „Cystitis catarrhalis“ ist als zweifelhaft anzusehen. Selbst nicht pyogene Mikrobien können eine Eiterung der Harnblase hervorrufen.

10. Die Ammoniurie mag eine notwendige Bedingung für das Zustandekommen einer Cystitis sein; am häufigsten ist sie aber ein ganz untergeordnetes Phänomen, das während des Verlaufes auftritt oder ganz ausbleibt. Die Mehrzahl der Cystitiden ist sauer.

11. Eine saure Cystitis kann aufser vom Tuberkelbacillus von Bacterium coli commune, Streptococcus pyogenes und anderen selteneren Mikroorganismen (Gonococcus Neisser, Bacterium typhi abdominalis) herrühren. Wenn der steril entnommene Harn bei dem Plattenverfahren auf dem gewöhnlichen Nährboden keine Kulturen ergiebt, spricht die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine Tuberkulose.

12. Es giebt echte blennorrhoische Cystitiden, durch Gonococcus Neisser selbst hervorgerufen.

13. Das urinöse Fieber ist teils dem Übergang der Harnmikrobien ins Blut zuzuschreiben, teils — und gewifs häufiger — einer Absorption der im Harne vorkommenden aufgelösten Bakteriengifte.

14. Zur Prophylaxe einer Cystitis mufs man nicht nur einer vollkommenen Asepsis des Orificium urethrae sicher sein, sondern auch Borwasserspülungen der Urethra selbst vornehmen — sonst infiziert man sogleich das Instrument.

15. Bei der lokalen Behandlung der Blasenentzündung wird Argentum nitricum das souveräne Mittel sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über den Verlauf der Ureteren, von E. Funke. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 18.) Auf Grund eingehender Untersuchungen schildert Verfasser den Verlauf der Ureteren, dessen Beschreibung in den verschiedenen Lehrbüchern nicht immer der Wirklichkeit entspricht. Der linke Ureter ist etwas länger als der rechte. Der Ureter verläuft extraperitoneal, macht zwei ungefähr S-förmige Krümmungen, wobei er in verschiedene Ebenen zu liegen kommt. Die Ureteren konvergieren zuerst, dann tritt kurz vor der Vasa iliaca eine Divergenz ein, um im Niveau der Spinae ossis Ischii wieder zu konvergieren. Die Einmündungsstellen an der Blase liegen 4—6 cm von einander entfernt. Die Lagerung des Ureters zum Rectum läfst eine Verletzung des ersteren bei sacralen Rectumoperationen ausgeschlossen erscheinen. Das Vas deferens liegt bei seinem Verlaufe nach hinten-unten dem Ureter auf, seine Einmündungsstelle liegt tiefer und mehr nach hinten als diejenige des Ureters. Betreffs der genaueren Angaben sei auf das Original verwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen, von Leopold Casper. (*Monatsber. üb. d. Gesamtleist. auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparates.* 1897. Bd. II, No. 2.) Nachdem Verfasser sich bemüht hat, die Unzuverlässigkeit der subjektiven und objektiven Symptome für die klinische Abgrenzung der Nieren- und Blasenleiden nachzuweisen, wobei er begreiflicherweise etwas einseitig wird, unterwirft er die Leistungen der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus einer Prüfung. Er zeigt, wie man durch diese Methoden Aufklärung darüber erhält, ob überhaupt nur eine Niere vorhanden ist, oder inwieweit dieselbe degeneriert und zur Sekretion unbrauchbar geworden ist, obgleich auch da, wie ein angeführter Fall beweist, Irrtümer vorkommen

können. Von gröfster Wichtigkeit ist es, vor jeder Nephrektomie die Beschaffenheit der anderen Niere festzustellen, was durch den Harnleiterkatheterismus gelingt. Die Palpation kann sehr trügen. Unter den Beispielen sei hier ein Fall angeführt: Rechtsseitige Nephrektomie, trotzdem die linke Niere, wie der Harnleiterkatheterismus zeigte, amyloid erkrankt war; Heilung. (Ob wirklich amyloide Erkrankung bestanden hat? D. Ref.) — Verfasser führt dann weiter aus, wie mit Hülfe der genannten Methoden Blasen- von Nierenleiden abgegrenzt, Hindernisse im Ureter erkannt werden. Der Harnleiterkatheterismus ist in dieser Beziehung nicht, wie Israel meint, die Methode der Zukunft, sondern die Methode der Gegenwart. Bei der Anuria calculosa mufs sie stets geübt werden. In einem Falle konnte Verfasser den eingeklemmten Stein mit der Sonde zertrümmern. Kalischer konnte durch Einspritzen von Vaselinöl in den Ureter die Entleerung des Steines herbeiführen. Von Wert ist der Katheterismus des Ureters für die Diagnose von Spasmen des Ureters und Blasen- resp. Ureterfisteln, sowie zur Verhütung von Verletzungen bei gynäkologischen Operationen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Katheterisation der Ureteren. Als hierzu passendstes Instrument rühmt Hottinger, speziell gegenüber dem Casperschen, das Cystoskop von Nitze. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1897. No. 9.) *C. Müller-Genf.*

Operation einer klappenförmigen Striktur des Ureters, von Fenger. (*The Americ. Journ. of Med. Sciences.* Dez. 1896.) Die betreffende Patientin litt seit langen Jahren an Beschwerden, die auf ein Nierenleiden hindeuteten. Es wurde eine Incision gemacht und das Nierenbecken eröffnet. Vier Steine liefsen sich aus dem Ureter herausdrücken und entfernen. Als Hindernis fand man eine valvuläre Striktur, welche excidiert wurde. Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen in einem Ureter steckengebliebenen Stein, von J. Lloyd. (*The Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1896.) Das Vorkommen von Steinen im Ureter kann unilateral oder bilateral sein. Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit nur mit der unilateralen Varietät, bespricht deren Symptomatologie, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie und beschreibt drei Fälle aus seiner Praxis. Im ersten Falle hatte sich bei einer 35jährigen Frau ein Stein in dem linken Ureter festgesetzt und die Symptome von Nierensteinen hervorgerufen. Es wurde die Lumbar-Nephrotomie, die Iliacal-Ureterotomie vorgenommen, der Stein entfernt. Die Patientin genas vollständig. — In dem zweiten Falle handelte es sich um einen Stein im linken Ureter, der wahrscheinlich bereits 22 Jahre dort safs und die Symptome eines Nierensteines hervorrief. Die Lumbar-Nephrektomie verlief letal. Post mortem wurde ein Stein am unteren Ende des Ureters vorgefunden. — Im dritten Falle wurde Nierenstein diagnostiziert, die Lumbar-Nephrotomie vorgenommen. Bei der Exploration mittelst einer die ganze Länge der Ureteren passierenden Bougie gelang es nicht, einen Stein aufzufinden. 33 Tage nach der Operation passierten zwei Steine die Urethra. Der Patient wurde vollständig gesund. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Harn und über ein neues Urometer für geringe Harnmengen, von A. Jolles-Wien. (*Centralbl. f. innere Medizin.* 1897. No. 8.) Vergleichende Bestimmungen des spezifischen Harngewichtes mittelst Pyknometer einerseits und der gebräuchlichen Urometer andererseits ergaben relative erhebliche Differenzen (— 0,0026). Ein Hauptfehler, der jedenfalls eine Folge des unrichtigen Ablesens ist, läfst sich durch eine Vergröfserung des Abstandes der Teilstriche vermindern. Hierzu mufs, da eine Vergröfserung der Kugel nicht angängig ist, der Querschnitt der Röhre vermindert werden. Dies

geschieht am besten durch Abplatten der Röhre, weil dadurch weder die Festigkeit noch die Sichtbarkeit der Skala eine Einbufse erleidet, hingegen der Vorteil erzielt wird, dafs die Kapillaranziehung des Harns an der vorderen geraden Fläche regelmäfsiger vor sich geht als an den üblichen kreisrunden Röhren und daher bei der Ablesung nicht so störend wirkt wie bei diesen. Der Fehler, welcher bei den gewöhnlichen Aräometern zwischen 1,015—1,030 — also den in praxi häufiger vorkommenden Dichten — eine halbe Einheit der letzten Stelle übersteigt, läfst sich bedeutend vermindern, wenn man nicht, wie es gewöhnlich geschieht, 1,00 und 1,05 resp. 1,06 experimentell bestimmt, sondern 1,01 und 1,035, wodurch der Fehler zwischen den Teilstrichen 1,004 und 1,045 kleiner als ein Viertel der letzten Stelle ist und die Gröfse $^1/_2$ überhaupt nicht erreicht.

1,010 und 1,035 werden experimentell festgestellt, der Abstand in 25 Teile geteilt und zehn solcher Teile nach oben und unten aufgetragen. Ein Teilstrich entspricht 0,000956617 des Volumens des Aräometers. Dieses Urometer erlaubt die Dichte des Harns zwischen 1,000—1,045 bei 15° C. möglichst genau zu bestimmen.

Zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes in spärlichen Harnmengen giebt J. ein neues Urometer an, dafs auf einer Kombinierung des Gewichtsaräometers mit dem gewöhnlichen Aräometer beruht. (Abbildung.) Das Prinzip ist folgendes: Die Skala des Urometers reicht nur für die Dichte von 1,000 bis 1,010, das Urometer ist somit sehr kurz und braucht demgemäfs sehr wenig Flüssigkeit. Oben auf der Aräometerspindel ist ein wulstförmiger Ring angebracht, auf welchen Gewichte in der Form kleiner durchlöcherter Metallscheiben gelegt werden können. Diese Anordnung wurde deshalb getroffen, damit die Gewichte immer genau centrisch aufgelegt werden können und dadurch eine vertikale Stellung des kleinen Aräometers gesichert ist. Jede dieser Metallscheiben ist genau so schwer, dafs sie die Skala um zehn Teilstriche herunterdrückt. Im ganzen sind vier solcher Metallscheiben dem Urometer beigelegt, nachdem ein höheres spezifisches Gewicht als 1,045 nicht in Betracht kommt. Um die Bestimmung des spezifischen Gewichtes in den kleinen Harnquantitäten möglichst genau zu gestalten, sind — da bekanntlich gleichen Dichtenunterschieden nicht gleiche Abstände auf dem Aräometer entsprechen — die vier Metallscheiben nicht von absolut gleichem Gewicht, sondern für die spezifischen Gewichte in den Grenzen 1,010—1,020, 1,020—1,030, 1,030—1,040, 1,040—1,050 entsprechend schwer hergestellt und mit 1, 2, 3, 4 bezeichnet worden, so dafs also:

für die spez. Gewichte 1,010—1,020 die Metallscheibe 1,
„ „ „ „ 1,020—1,030 „ Metallscheiben 1 + 2,
„ „ „ „ 1,030—1,040 „ „ 1 + 2 + 3,
„ „ „ „ 1,040—1,050 „ „ 1 + 2 + 3 + 4

aufzulegen sind. — Die Ablesung wird folgendermafsen vorgenommen: Das Aräometer wird in einen entsprechend geformten, dem Apparate beigelegten kleinen Cylinder, in welchem sich die ganze Harnmenge — ca. 20—25 ccm — befindet, eingesenkt und man sieht sogleich, ob die Skala an irgend einer Stelle eintaucht. Wenn nicht, so legt man so viele Scheiben auf den Ansatz, bis das Aräometer einspielt. Die Zahl der Gewichte giebt die Zehner an, die Ablesung die Einer.

Der Vertrieb des Urometers ist Herrn Martin Wallach Nachfolger in Kassel übertragen. Zur Prüfung des Instrumentes verwende man nicht destilliertes Wasser, das bei 15° C. das spezifische Gewicht von 0,9992 hat, sondern eine 0,12%ige Kochsalzlösung, die bei 15° C. genau das spezifische Gewicht 1,000 zeigt.

H. Einhorn-München.

Bemerkungen zu den urometrischen Untersuchungen des Herrn Dr. A. Jolles, von Th. Lohnstein. (*Centralbl. f. innere Medizin.* 1897. No. 12.) L. betont,

dafs Jolles das von ihm angegebene „Präcisions-Urometer“ zu erwähnen vergessen habe, welches mit pyknometrischer Exaktheit zu arbeiten gestatte. Aufserdem habe er zuerst und bis jetzt als einziger die 0,12 %ige Kochsalzlösung zur Prüfung der Urometer empfohlen. Die von Jolles aufgestellte Tabelle über die Fehler der „gewöhnlichen“ Urometer bestätige nur seine früheren Ausführungen. Die Unsicherheit im Ablesen spiele dabei nur eine untergeordnete Rolle. Der durch die Kapillarität bedingte Fehler, welcher mehrfach zwei Einheiten der dritten Decimale übersteigt, könne durch Einführung einer elliptischen Spindel höchstens um 25 % verringert werden. Weitere rein sachliche Bemerkungen betreffen die von Jolles angegebene Teilungsmethode und führen nach eingehenden, physikalischen Darlegungen zu dem Schlufssatze, dafs die neuen Urometer von Jolles in keiner Hinsicht einen Fortschritt, sondern eher einen Rückschritt bedeuten; sie stellen vielleicht eine Vermehrung, aber keine Bereicherung des ärztlichen Instrumentariums dar. *H. Einhorn-München.*

Behandlung der harnsauren Diathese mit Citronensaft, von Spillmann. (*Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 1.) Die in Deutschland mit so viel Reklame verbreitete Citronenkur hat Verfasser bei der Behandlung der Gicht, des chronischen Rheumatismus, bei Nieren- und Blasengries angewendet, aber stets war die Wirkung negativ. Im Gegenteil erlitten die Kranken noch ernsthafte Verdauungsstörungen und bald Zeichen von Anämie. Er warnt daher vor dieser Kur, deren Details sich übrigens in der Arbeit bemerkt finden. *Neuhaus-München.*

Anurie geheilt durch Einspritzungen in die Blase mittelst borsäurehaltiger Abkochung von Belladonnablättern, von Albespy. (*Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 1.) Der 51jährige fette Patient hatte schon öfter an Gicht und Nierensteinen gelitten, als er am 29. Februar wieder einen ganz kleinen Stein entleerte. Und nun trat vom Abend dieses 29. Februars an bis zum 5. März völlige Anurie ein. Verschiedene Medikationen, auch die Anwendung des Nelatonkatheters brachten keinen Harn zum Vorschein, Schmerzen und Beschwerden traten natürlich lebhaft auf. Bei der Einführung der Katheter hatte sich eine ungewöhnliche Empfindlichkeit und ein bedeutender Krampf der Muskulatur gezeigt, der Verfasser glaubte daher, einen Spasmus im Gebiete der Muskeln des Harnapparates voraussetzen zu sollen. Diesen wollte er bekämpfen durch die dilatierende Wirkung eines Infusum foliorum Belladonnae. Das Mittel wurde im Vertrauen auf die Absorptionsfähigkeit der Blasenschleimhaut in der Form von Blaseninjektionen gegeben und zwar in folgender Weise: 10 g Folia Belladonnae wurden mit 500 g Wasser und 10 g Borsäure gekocht, dieses Dekokt wurde am 5. März allmählich in die Blase gespritzt, 50—60 g liefs man jeweils zurück. Hierzu war ein Metallkatheter nötig. Die nächste Nacht wurde schon besser und 300—400 g klaren gelben Urins konnte der Patient auf zweimal von sich lassen. Die nächsten Tage wurde mit dieser Medikation fortgefahren, der Erfolg blieb gleich günstig. Als etliche Tage später diese Injektionen wegblieben, trat neuerdings Verschlimmerung und Anurie ein, die wieder durch die Einspritzungen mit Decoctum foliorum Belladonnae beseitigt ward. Die Rekonvalescenz schritt dann rüstig fort. Die Erklärung läfst sich vielleicht in folgender Weise geben: Gewisse Fälle von Anurie beruhen auf einer spastischen Verengerung jener Gewebe, welche von den motorischen Fasern des Plexus solaris beeinflufst werden. Ein Netz desselben umspinnt ja die Arteria renalis bis in ihre feinsten Verzweigungen um die Harnkanälchen. „Unde non mirum videbitur renalia vasa adeo constringi per spasmum posse, ut solitas humores transmittere nequeant.“ — Ist die Anurie mechanischer Art, mufs natürlich die Behandlung eine andere sein, aber in zweifelhaften Fällen dürfte ein therapeutischer Versuch mit der Belladonna sich rechtfertigen lassen.

Neuhaus-München.

Die Behandlung einiger Formen von Albuminurie mit der Reni-Punktur, von R. Harrison. (*The Brit. med. Journ.* 17. Oktober 1896.) Der Verfasser hat bereits früher über Nierenspannung in Beziehung zur Albuminurie an der Hand dreier Fälle Mitteilungen gemacht und nachgewiesen, dafs die Albuminurie nach der digitalen Exploration und Punktur der Spaltung der Nierenkapsel vollständig verschwand. Gegenwärtig beschreibt er weitere derartige Fälle aus seiner Praxis und aus der einschlägigen Litteratur. Er findet in der intraokulären Spannung beim Glaukom und in akuten Formen der Orchitis mit Ausdehnung der Tunica vaginalis propria testis Analogien der obigen Erscheinung. *C. Berliner-Aachen.*

Die Albuminurie im Gefolge der Chloroform-Narkose, von Peretti. (Nach *Ann. de mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 3.) Der Verfasser hat die Wirkung des Chloroforms auf die Nieren bei 50 Frauen studiert und kommt bezüglich der dadurch eventuell entstehenden Albuminurie zu folgenden Schlüssen: 1. Es giebt in der That eine durch Chloroform verursachte Albuminurie. 2. Diese wird hervorgerufen durch eine epitheliale Läsion in der Niere. 3. Sie äufsert sich in mehr als einem Drittel der Fälle. 4. Diese Albuminurie kommt sowohl bei der einfachen als bei der gemischten Narkose vor. 5. Das Verhältnis des Eiweifs steht nicht im Einklang mit der Dauer der Narkose. 6. Diese Albuminurie ist vorübergehend. 7. Ihre Prognose ist nicht schwer. *Neuhaus-München.*

Über Bakteriurie bei Enuresis diurna, von Nicolaysen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 13.) Verfasser hat acht Fälle von reiner Enuresis diurna beobachtet; davon war in vier Fällen der Urin trüb und ergab mikroskopisch und kulturell Bakteriengehalt (B. coli). Verfasser ist geneigt, diesen Bakterien ätiologisch eine gewisse Beziehung zur Inkontinenz einzuräumen, indem er entweder mit Krogius ein Blasenleiden oder mit Rovsing eine Nephrolithiasis als vorhanden annimmt. In seinen Fällen fand er kein Nierenleiden, aber die Lokalbehandlung der Blase half auch nicht viel (obgleich nach den Krankengeschichten die Sache sehr nach Blasenkatarrh und dadurch bedingter Inkontinenz aussieht. Ref.). *F. Hahn-Bremen.*

Beobachtungen über Bakteriurie, von Hogge. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 1.) Verfasser berichtet über 8 Fälle von Bakteriurie, welche ihn zu folgenden Bemerkungen veranlassen: Bei all diesen Kranken bestanden vor der Bakteriurie Zeichen von Cystitis und Urethro-Cystitis. In einigen Fällen war die Bakteriurie durch die gleichen Mikrobien verursacht wie die vorausgegangene Cystitis und Urethro-Cystitis. In allen Fällen war der Bakteriurie Katheterismus vorhergegangen. Bei 5 Kranken bestand ein unangenehmer, manchmal stinkender Geruch des Harns. Fast in allen Fällen war der Urin sauer. In allen Fällen ergab die Untersuchung des Harns nur eine Art von Mikrobien, nämlich den Bacillus coli. Man mufs diese Thatsache festhalten, denn es können mehrere Arten von Mikrobien im Urin der Blase wuchern, ohne Cystitis hervorzurufen. In keinem Falle hat der Verfasser örtliche Störungen gefunden, die auf die Bakteriurie zurückzuführen wären. Allgemeinstörungen wurden mehrfach beobachtet. Bei gewissen Kranken verschwand die Bakteriurie rasch, bei anderen erschien sie in der gleichen Stärke wieder, sobald man mit der Behandlung aufhörte. Bezüglich dieser erwies sich die Anwendung des Salols in starken Dosen von 3—4 g pro Tag als vortrefflich. Hierzu fügt man 4—5 Spülungen mit je 1 l Flüssigkeit, Sublimat 1 : 20000 oder Argentum nitricum 1 : 1000. *Neuhaus-München.*

Huber spricht in der Gesellschaft der Charité-Ärzte (Sitzung vom 12. November 1896. *Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 10) **über einen Fall von tropischer Hämaturie, bedingt durch Distomum haematobium.** Der Patient, ein Araber, er-

krankte an Gelenkrheumatismus und war in der Besserung, als er plötzlich Blut im Urin bemerkte und heftige Blasenbeschwerden bekam. Mikroskopisch fanden sich im Urinsediment Distomumeier. Patient besserte sich unter Bettruhe bald, innerlich wurde Sterisol und Salol gegeben. Anthelmintica kamen nicht in Anwendung, obwohl türkische Ärzte Santonin zu geben pflegen. Ursächlich nimmt Verfasser einen durch Erkältung hervorgerufenen Blasenkatarrh an, der eine Reizung der bis dahin latenten Distomum-Parasiten herbeiführte. (Patient hatte auch vor vier Jahren schon Blasenblutung.) *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Gemmell. (*The Glasgow med. Journ.* Dezember 1897.) Der Patient, welcher übrigens vor 7 Jahren Syphilis durchgemacht hatte, erkrankte vor 2 Jahren an rheumatischem Fieber; seitdem leidet er, sobald er kalt wird, an Anschwellung der Hände; diese sind weifs, wie Blasen, zugleich tritt Schüttelfrost auf und der Urin wird dunkelrot. Unter Bettruhe und reichlichem Schweifsausbruch geht die Erkrankung vorüber. Vorsichtsmafsregeln (warmes Unterzeug, Einölen der Hände, Handschuhe) und einige Chiningaben beseitigten die Anfälle. *F. Hahn-Bremen.*

Grocco berichtet über einen **Fall von Hämoglobinurie infolge von Chininmedikation bei Malaria.** Über ähnliche Fälle hat bereits Baccelli berichtet. G. meint, dafs das Chinin allein niemals die Hämoglobinurie zu erzeugen vermocht hätte, dafs hierbei noch vielmehr die Wirkung der Malariaparasiten und seiner Toxine in Betracht zu ziehen ist, welche in besonderer Weise dem Chinin gegenüber reagiert. (*Settim. med. d. Sperimentale.* 1897. No. 1.) *C. Müller-Genf.*

Über die Malariahämoglobinurie. Vortrag von Prof. Baccelli. (*Policlinico.* 1897. No. 1.) Dieselbe ist stets das Symptom eines chemischen, hämodyskrasischen Prozesses, der bald durch die Wirkung der vom spezifischen Parasiten (Lancransches Hämatozoon) erzeugten Toxine, bald des Chinins verursacht worden ist. Die Behandlung der Hämoglobinurie im Verlaufe oder nach der Malaria richtet sich deshalb gegen die Blutdyskrasie und besteht in der Darreichung von Eisensalzen.

C. Müller-Genf.

Experimenteller Beitrag zum Studium der Genese der Urobilinurie, von Giarré. (*Rif. med.* 1897. No. 25.) Nach einer Reihe von Experimenten an Hunden (Injektion von steriler Galle in das Duodenum nach Laparotomie) kommt Verfasser zum Schlusse, dafs sich zur Stütze der unter anderen von Chiodera verteidigten hepato-intestinalen Theorie der Urobilinurie keine strikten Beweise erbringen lassen und dafs vielmehr eine Reihe von klinischen Beobachtungen dagegen sprechen.

C. Müller-Genf.

Über die Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin, von M'Call Anderson. (*The Scottish Med. and Surg. Journ.* Febr. 1897.) Der betreffende Patient leidet seit seinem vierten Lebensjahre an einer „Sommer-Eruption", welche jetzt seit 8 Monaten besteht und Gesicht, Ohren und Hände ergriffen hat. Die Krankheit beginnt mit Jucken und Brennen, dann schiefsen Blasen auf, gefüllt mit grünlichem Serum; diese trocknen manchmal wieder weg, manchmal platzen sie und heilen unter Borkenbildung. Während der Anfälle zeigt der Urin eine burgunderrote Farbe; das Pigment erwies sich als alkalisches Hämatoporphyrin. Von Interesse ist, dafs nach Aussage des Patienten sein Bruder an einer ganz ähnlichen Erkrankung leidet.

F. Hahn-Bremen.

Über den Nachweis von Hämatoporphyrin im Harn, von Archibald E. Garrod. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1897. No. 21.) Die Angabe von Nakarai, dafs

Hämatoporphyrin nur sehr selten im Harne vorkommt, hält Verfasser für unrichtig. Dasselbe ist fast immer, wenn nicht immer, im Harn vorhanden. Die gegenteilige Ansicht von NAKARAI erklärt sich durch die Mangelhaftigkeit der angewandten Methode, welche sich nicht mit derjenigen des Verfassers deckt. Letztere wird ausführlich geschildert. Mittels derselben konnte in 20 Harnen stets Hämatoporphyrin nachgewiesen, das saure und alkalische Spektrum sichtbar gemacht werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hämatoporphyrinurie, von NAKARAI. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 58. Bd. 2 u. 3. Heft.) Hämatoporphyrinurie ist ein konstantes Symptom bei verschiedenen Bleivergiftungen; sie kommt auch bei Sulfonalvergiftung und Darmblutung vor, bei anderen Krankheiten ist sie im allgemeinen selten. Ihre Pathogenese und prognostische Verwertung scheint bei verschiedenen Krankheitsprozessen sehr verschieden. Ob die Darmblutung bei Sulfonal- und Bleiintoxikation die Ursache der Hämatoporphyrinurie ist, läfst sich zur Zeit noch nicht entscheiden. Über ihren Ursprung im normalen Zustande des Menschen wissen wir zur Zeit noch wenig. *F. Hahn-Bremen.*

Neue Methode zum Nachweise des Indikans im Harne, von LOUBIOU. (*Bull. de la Soc. de pharm. de Bordeaux.* 1897. S. 46.) In ein Reagensglas werden je 2—3 ccm Urin und Chloroform gegossen, 1 ccm 5—10% H_2O_2 und 3—4 ccm koncentrierte reine Salzsäure hinzugefügt. Das Ganze wird auf 40—50° C. erhitzt und vorsichtig gemischt (durch mehrmaliges Umstürzen des mit dem Daumen verschlossenen Reagensgläschens). Nach kurzer Zeit setzt sich das Chloroform auf dem Boden ab und färbt sich bei Indikangehalt des Harnes blau; die Reaktion ist sehr empfindlich. Enthält der Harn aufserdem noch Jodide, so wird aus denselben durch das Wasserstoffsuperoxyd das Jod freigemacht und färbt das Chloroform violett-rot; Zusatz von unterschwefligsaurem Natron entfärbt es aber wieder.

C. Müller-Genf.

Beitrag zum Studium der Indikanurie bei Kinderkrankheiten, von C. CATTANEO. (*Policlinico.* 1897. No. 5.) Nach den einläfslichen Untersuchungen des Verfassers kommt Indikanurie im Kindesalter bei verschiedenen Krankheiten vor und nicht ausschliefslich bei Tuberkulose und Affektion des Intestinaltractus. Bei der Tuberkulose ist das Vorhandensein von Indikanurie im Urin beinahe konstant (89,46%), und zwar ist sie meist pathologisch (76,31%). Weniger konstant ist die Indikanurie bei Affektionen des Intestinaltractus, wo sie vollständig fehlen kann. Bei gesundem Darmkanal und bei Fehlen von Eiterungen kann man demnach, wenn Indikan dauernd nachgewiesen wird, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose annehmen. *C. Müller-Genf.*

Über das Urocyanin, einen neuen Harnbestandteil, von COTTON. (*Lyon. méd.* Sept. 1896.) C. hat im normalen Urin einen Farbstoff nachgewiesen, den er Urocyanin nennt und zu den Kohlehydraten zählt. Die Reaktion wird erzielt, indem man zum Urin 20% einer Lösung von molybdänsaurem Ammonium mit HNO_3 bringt (molybds. Amm. 20, HNO_3 100, aquae destill. ad 1000); der Urin wird nach einiger Zeit intensiv blau und sieht ungefähr so aus, wie wenn man ca. 0,05 Anilinblau in einem Liter Wasser auflöst. Auch der Harn der Säuglinge enthält den Farbstoff, dagegen fehlt er beim Pferde und Ochsen, ist nur in Spuren vorhanden beim Kalbe und der Kuh, während ihn der Ziegenharn in demselben Mafse aufweist wie derjenige des Menschen. Die Reaktion tritt um so deutlicher ein, je normaler der Harn beschaffen ist; sie fehlt in farblosem Harne, ist nur schwach angedeutet bei Hydrops, toxischer Nephritis und alten Diabetikern mit koncentriertem Urin ohne Zucker und Albumen. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Chylurie, von H. J. Daggett. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Fälle von Chylurie kommen häufiger in Indien vor und werden gewöhnlich auf die Anwesenheit der Eier von Filaria sanguinis zurückgeführt. Der Verfasser berichtet über einen Fall, bei welchem diese Ursache nicht vorlag und der seine Heimat England nie verlassen hatte. Der Patient ist 52 Jahre alt. Seit drei Jahren ist sein Urin milchweifs. Das Allgemeinbefinden war jedoch derart gut, dafs der Patient wegen der abnormen Beschaffenheit des Urins bisher keinen Arzt konsultiert hat. Die Untersuchung des Urins ergab eine milchweifse, geruchlose Flüssigkeit von alkalischer Reaktion und einem spezifischen Gewicht von 1015. Unter dem Mikroskop nahm man einige Leukocyten und rote Blutkörperchen, ferner wenige Krystalle von Triplephosphat auf einem feinkörnigen Grunde wahr. Der Patient ist zwar ein magerer, aber sonst kräftiger Arbeiter, der zuweilen viel trinkt. Die Speisen haben auf den Urin bezüglich der milchigen Beschaffenheit viel weniger Einfluſs als die heifse Witterung. Harndrang besteht nicht. Eine Ursache für die Chylurie vermag Verfasser nicht aufzufinden. *C. Berliner-Aachen.*

Nachtrag zu „Eine Methode zum Nachweis lokaler Zuckerausscheidung in den Organen, speziell in der Niere", von Seelig. (*Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie.* Bd. 38. Heft 1 u. 2.) Verfasser kommt auf Grund mehrerer Untersuchungen zu dem Schluſs, dafs die von ihm angegebene Methode nicht zuverlässig ist, da sich bei der von ihm geübten Behandlung aufser Phenylglukosazonkrystallen auch anderweitige krystallinische Verbindungen bilden können. Dennoch scheint ihm der von ihm eingeschlagene Weg der richtige. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Vulvovaginaldrüse und ihre Eiterungen, von Dujon. (Dissert. Paris 1897.) Verfasser hat den Eiter in 14 Fällen akuter blennorrhoischer Bartholinitis untersucht und dabei 9 mal den Gonococcus allein, 2 mal den Gonococcus gleichzeitig mit dem Staphylococcus aureus und albus kultiviert. In diesen zwei letzteren Fällen bestand eine Kommunikation der Drüse nach aufsen durch den Ausführungsgang. In fünf weiteren Fällen, bei denen es sich um recidivierende Formen handelte, wurden verschiedene Kokken nachgewiesen: Bacterium coli, Staphylococcus albus, Streptococcus, Gonococcus und ein anaërober Mikroorganismus in Gestalt eines kurzen Bacillus, der durch die Gramsche Methode entfärbt wird. Die Behandlung besteht in der Incision mit nachfolgender Exstirpation der Drüse (nach 1 Woche). *C. Müller-Genf.*

Zur Ätiologie der sogenannten Kolpohyperplasia cystica, von Otto Th. Lindenthal. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 1/2.) Als Kolpohyperplasia cystica bezeichnete Hugier 1847 eine die Bildung zahlreicher kleiner, oberflächlicher, submuköser Cysten in der Scheide Schwangerer, besonders am Scheideneingang und um die Urethra. Dieselben sind selten mehr als erbsengrofs, enthalten eine blafsgelbe Flüssigkeit und Gas, machen geringe Beschwerden. Beim Anstechen entleert sich der Inhalt mit zischendem Geräusch. Die Cysten entstehen und vergehen schnell. Aufser Schwangeren sind Puerperae und zuweilen Individuen mit Cirkulationsfehlern, die meist gleichzeitig an Ausfluſs leiden, von der Krankheit heimgesucht. Ruge bezeichnete dieselbe als „Colpitis vesiculosa emphysematosa", Zweifel als „Vaginitis emphysematosa". Aus dem Bericht über die verschiedenen Auffassungen betreffs der Natur des Leidens sei nur hervorgehoben, dafs Eisenlohr 1888 als Urheber Kokken bezeichnete, die die Gasbildung bewirken. — Der Verfasser stellt nun auf Grund eingehender Untersuchungen fest, dafs die meisten Cysten wandungslos sind, entstanden durch Gewebszerreifsung infolge von Gasbildung in den präformierten Lymphräumen. Als Urheber dieser Veränderungen wurde ein Bacillus gefunden, mit dessen

Kulturen experimentell beim Tiere analoge Bildungen erzeugt werden konnten. Verfasser ist aber nicht geneigt, anderen Mikroorganismen die Fähigkeit, dieses Krankheitsbild zu erzeugen, abzusprechen. Verfasser bezeichnet das Leiden nach Epplnger als „Emphysema vaginae", den Bacillus als „Bacillus emphysematis vaginae".

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Kraurosis vulvae, von Pichevin und Pettit. (*Indépendance méd.* 1897. No. 9.) Bei der 28jährigen Patientin, einer verheirateten Frau, bestanden an den Genitalien zweierlei Läsionen: 1. in der Gegend der Clitoris und den umgebenden Partien eine ulcerierte epitheliomatöse Neubildung, 2. weiter unten und in die Vagina hineinragend jene Veränderungen, die man als Leucoplasia vaginalis kennt. Der Eingang in die Scheide bildet einen starren Trichter mit der Spitze nach innen gerichtet. Das Gewebe ist fest, jedoch nicht von der Konsistenz des Carcinoms der oberen Partien. Die Untersuchung ist schmerzhaft. Die mikroskopische Untersuchung von Gewebsstücken von diesen Teilen ergab: Entzündung und Hypertrophie der Cutis, Nekrose und Hyperkeratinisation der Epidermis. *C. Müller-Genf.*

Über Elephantiasis vulvae, von Kötschau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 13.) Der vom Verfasser ausführlich beschriebene und durch Zeichnungen veranschaulichte Fall betrifft eine 37jährige Frau, die in ihrer Jugend scrophulös gewesen war, sodann, abgesehen von Psoriasis, kein weiteres Leiden erfahren hatte. Sie hat 6 mal geboren. Ihre jetzigen Beschwerden datieren von der dritten Schwangerschaft her, wo sie angeblich nach schwerem Heben in der linken grofsen Labie zuerst eine Anschwellung bemerkte, welche im Wochenbette etwas zurückging. In allen folgenden Schwangerschaften vergröfserte sich der Tumor, wurde härter und fester, um nach dem Puerperium sich wieder zu verkleinern, ohne jedoch ganz zurück zu gehen. Die heutige Gröfse der Geschwulst besteht seit dem siebenten Monate der letzten Schwangerschaft, sie ging im Wochenbette nicht mehr zurück, sondern wurde immer weicher und rief beständig gröfsere Beschwerden hervor: Stiche, ziehende Schmerzen, Harndrang, Schlaflosigkeit, Abmagerung am ganzen Körper, Unvermögen ordentlich gehen, stehen oder sitzen zu können. Was die Vulva anlangt, so ist die rechte grofse Lippe 10 cm lang, $3^1/_2$ cm breit, chronisch hyperplasiert, hart. Rechte Nymphe noch spurweise vorhanden, linke Nymphe nicht mehr aufzufinden; sie ist mit der linken grofsen Schamlippe in einen im Stehen bis über die Mitte der Oberschenkel herabhängenden Tumor verwandelt, welcher den Introïtus vaginae vollkommen verlegt. Seine Oberfläche zeigt besonders an der hinteren Seite papilläre Erhebungen, während sich vorn (Elephantiasis glabra) ausgebreitetes chronisches Ekzem mit teilweisen Ulcerationen und stärkerem Abgange von seröser Flüssigkeit aus den Rissen derselben findet. Die Länge des Tumors beträgt 28 cm, sein Umfang 51 cm, das Gewicht $2^1/_4$ kg. Konsistenz ziemlich hart. Vagina mittellang, sehr weit. Uterus klein, Adnexa normal. Am 5. Oktober 1896 entfernte Verfasser den Tumor in Narkose ohne Schwierigkeit und bei minimalstem Blutverlust. Die Heilung erfolgte per primam am achten Tage. Am 13. November bestand eine glatte, schöne Narbe. Die rechte Lippe schien etwas gröfser geworden zu sein, bis Januar 1897 ist jedoch eine weitere Vergröfserung nicht eingetreten. In anatomischer und mikroskopischer Hinsicht ergab sich folgendes: Epidermis kaum verdickt, geringe Hypertrophie der Hornschicht; zahlreiche Lymphgefäfse und Lymphspalten enorm erweitert; netzförmig angeordnetes, vaskularisiertes subcutanes Bindegewebe. In den Lymphgefäfsen viele kleine runde kernhaltige Zellen, an manchen Stellen um das vier- bis fünffache gröfsere Zellen; Muskelzellen im Bindegewebe zahlreich vorhanden, Blutgefäfse nur spärlich. Beim Durchschnitt des sulzigen, ödematösen Tumors ergiefst sich viel seröse, lymph-

artige Flüssigkeit. — Ätiologisch bleibt der Fall dunkel. Der Verlauf war der gewöhnliche. Ob die rechte Labie ferner hypertrophieren wird, bleibt abzuwarten. — Der Verfasser hat noch zwei weitere Fälle von Elephantiasis beobachtet; der eine Elephantiasis nymphae sinistrae, kindskopfgroßer Tumor, entzog sich der Beobachtung. Der andere Fall betrifft eine 24jährige II para; die während der ersten Gravidität aufgetretene Hypertrophie beider großen Labien ist während der zwei Puerperien erheblich zurückgegangen, so daß die Kranke jetzt zunächst keine Beschwerden hat.

Neuhaus-München.

Soor des weiblichen Genitales, von Isidor Fischer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Mykosen der Vulva und Vagina sind wiederholt beschrieben. Martin identifizierte den gefundenen Pilz zuerst mit dem Soor der Mundhöhle. Friedreich stellte Soor der Genitalien bei 12 an Diabetes leidenden Frauen fest. Verfasser teilt vier Fälle mit, von denen nur einmal der Soor eine selbständige Erkrankung war; dreimal war er ein accidentelles Leiden. Von diesen betrafen zwei Fälle Frauen, die an subakuter Blennorhoe litten, einer eine Gravida mit Ulcus molle. — Die Vulva ist übersät mit glänzend weißen, sammetartigen Flocken, die kleinen Schamlippen sind in toto geschwollen und dunkelrot. Oft konfluieren die Flocken zu Rasen; einmal bestand Ödem am ganzen äußeren Genitale. Die Rasen erstrecken sich in die Vagina hinein, meistens nur das untere Drittel derselben ergreifend. Meist besteht Ausfluß. Das Abstreifen der Soorwucherungen gelingt schwer, eine gerötete, blutende Stelle tritt nach dem Abheben zu Tage. Das Mikroskop ergiebt ein Geflecht gegliederter und ungegliederter Fäden, sowie runde oder elliptische, den Fäden aufsitzende oder freie Sporen. Letztere nehmen an Menge mit der Dauer der Krankheit stetig zu, so daß sie nach wenigen Tagen fast ausschließlich vorhanden sind. Die Krankheit kann ohne jede Therapie in 7—8 Tagen vollkommen heilen. Subjektiv besteht heftiges Jucken und Beißen, zumal bei Bewegungen, und selbst unerträgliche Schmerzen. In einem Falle fehlte jede subjektive Beschwerde. Kratzeffekte sind die Folgen des Juckens. — Der Infektionsmodus bei diesen Fällen war nicht klar, vielleicht hat die Übertragung bei zweien derselben während einer gynäkologischen Behandlung stattgefunden; vielleicht auch beim Einlegen und Entfernen der Tampons, was die Frauen selbst besorgten. — Im normalen Scheidensekret gelang es Verfasser nicht den Pilz zu finden. Prolaps der Vaginalwand, Gravidität scheinen zu disponieren. Der Harn war bei den vier Patienten normal. — Therapeutisch ist das energische Auswischen mit starker Kalium permanganicum-Lösung zu empfehlen, jedesmal so lange, bis die anfangs sich entfärbenden Tupfer ihre Farbe bewahren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine **Nahtmethode in drei Etagen bei Vesicovaginalfistel** besteht nach Assaky darin, daß zuerst ein cirkuläres Stück Vaginalschleimhaut in der Umgebung der Fistel, dann der Fistelring excidiert wird, hierauf die Blasenschleimhaut, dann die Blasenwand und schließlich die Vagina vernäht werden. (*Compte rendu de l'Association franç. d'Urologie,* 1. Sitzg. 1896.) *C. Müller-Genf.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Blennorrhoe, Vortrag von Prof. Jadassohn. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1897. No. 6.) J. weist auf die Notwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung der Sekrete, sowohl beim Manne als bei der Frau hin, indem sich durch die bloße klinische Untersuchung Irrtümer nach der positiven oder negativen Seite nicht vermeiden lassen. Besonders sorgfältig müssen Urethra posterior, Prostata,

paraurethrale und präputiale Drüsengänge, das Rectum exploriert und die sog. „provozierenden Methoden“ in Anwendung gebracht werden. Die Vulvovaginitis blennorrhoica der kleinen Mädchen und die Ophthalmoblennorrhoe läfst sich ohne Gonokokkenuntersuchung von sehr ähnlichen, nicht spezifischen Prozessen nicht unterscheiden. — Prof. Pflüger giebt zu, dafs ohne Mikroskop die sichere Diagnose der Conjunctivalblennorrhoe oft nicht gemacht werden könne. Dagegen weist Dr. Strooss darauf hin, dafs sich die spezifische und nicht spezifische Vulvovaginitis der Kinder schon klinisch unterscheiden lasse, indem bei ersteren die Urethra stets mit affiziert sei. — Die Therapie soll unter stetiger mikroskopischer Kontrolle geschehen. Die Prophylaxe umfafst eine möglichst ausgiebige Untersuchung der Genitalsekrete der Prostituierten und die Belehrung des Publikums. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Pyämie nach Blennorrhoe, berichtet Nannotti. (*Il Morgagni.* 1896. No. 12.) Es handelt sich um eine 31jährige Frau, bei der sich nach einer ziemlich intensiven Urethritis mit Endometritis blennorrhoica eine Peritonitis und Polyarthritis einstellte, die sämtliche Gelenke befiel. Im Sekret der Gelenke wurde der Gonococcus nachgewiesen. Nach einem intensiven akuten Stadium trat die Polyarthritis in ein subakutes über, welches circa 1½ Monate dauerte, bis die Patientin das Spital beinahe geheilt verlassen konnte. Die Patientin war während des akuten Stadiums ihrer Blennorrhoe einer Uterusauskratzung unterzogen worden, da die Endometritis keiner anderen Behandlungsweise hatte weichen wollen. Verfasser meint nun, dafs dieser Eingriff die Allgemeininfektion herbeigeführt habe.
C. Müller-Genf.

Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Leopold Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Verfasser grenzt von der Urethritis blennorrhoica ab die Urethritis bacterica, die primär ohne Blennorrhoe auftreten oder mit ihr gleichzeitig einsetzen und sie überdauern kann, dann die Bakteriorrhoe, ein Analogon resp. eine Folge der Balanitis und aseptische Urethralkatarrhe, Folgen mechanischer oder chemischer Traumen. Zu unterscheiden hat man bei jeder Urethritis, ob es ein frischer oder ein alter Fall ist, ob der Prozefs oberflächlich sich abspielt oder tief geht, diffus oder cirkumskript ist, ob eine Prostatitis, ob eine Entzündung der Cowperschen Drüsen besteht, ob peri- oder paraurethrale Gänge vorhanden sind. Verfasser bespricht dann die chemischen und mechanischen Methoden, wie diejenigen, welche nach beiden Richtungen wirken. Als zu lösende Aufgaben stellt Verfasser mit Janet folgende hin: 1. Die Gonokokken beseitigen, 2. die gleichzeitig vorhandenen oder im Anschlufs an die Blennorrhoe zurückbleibenden anderen pathogenen Mikroorganismen beseitigen, 3. den Katarrh zum Schwinden bringen, 4. cirkumskripte Herde ausheilen, 5. Infiltrationen fortschaffen, 6. alle peri-, para- und juxtaurethralen Herde zerstören. — Verfasser bespricht nun nach einander die verschiedenen therapeutischen Verfahren, die Spülungen mit und ohne Katheter, die Instillationen, Dehnungen, die Massage der Prostata etc. ohne im wesentlichen etwas Neues zu bieten. Hervorheben will ich nur noch, dafs der Verfasser zur Untersuchung auf Filamente den Tagesharn, der nach sechsstündiger Pause entleert wird, empfiehlt. Im Morgenharn findet man bei Personen, die viel von Erektionen heimgesucht werden, oft Schleim, der aus den Drüsen stammt und keine pathologische Bedeutung hat. — Zum Schlusse macht Verfasser das Zugeständnis, dafs es Fälle giebt, die trotz gröfster Mühe und Geduld doch nicht heilen. Zum Glücke sind sie recht selten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Urethralspritze, von Lanz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 41.) Die Vorzüge der neuen Spritze sollen darin bestehen, dafs sie keinen Stempel hat,

da die Einspritzung durch Druck auf einen Gummiballon bewirkt wird. Sie läfst sich zweifelsohne leicht reinigen, soll auch billig sein. Für Injektionen in die hintere Harnröhre ist sie mit einem gläsernen Katheter verbunden (d. i. aus einem Stücke hergestellt). *F. Hahn-Bremen.*

Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe, beschreibt Duquaire. (*Lyon. méd.* 1897. No. 25.) Dieselbe soll den Vorteil haben, eine jede Blennorrhoe in irgend welchem Entwickelungsstadium zum Stillstande zu bringen. Er verwendet hierzu das Methylsalicylat, kombiniert mit Bismuthum subnitricum (Methylsalicylat 1, bism. subn. 20, vaselin. liqu. 100), welche Mischung 3 mal täglich injiziert wird und so lange als möglich in der Urethra zurückbehalten werden soll. In einem Falle wurde nach 5 Tagen totale Heilung einer akuten Blennorrhoe erzielt.

C. Müller-Genf.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Argonin, von Arthur Gutheil. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 35.) Aus der M. Josephschen Poliklinik berichtet Verfasser über die Ergebnisse der Argoninbehandlung bei Blennorrhoe. Es wurden 70 Fälle mit Argonin behandelt, die alle sehr gonokokkenreiches Sekret hatten. Von diesen 70 wurden 15 genauer beobachtet. Das Ergebnis bei diesen war, dafs die Gonokokken in 8 bis 9 Tagen geschwunden waren. Danach mufsten im Durchschnitt 21 Tage Adstringentien, besonders Ichthyol injiziert werden. Die Blennorrhoea anterior wurde mit der Spritze, die Blennorrhoea posterior nach Ultzmann oder Guyon behandelt. Auffallend ist, dafs selbst nach Schwund der Gonokokken noch eine Blennorrhoea posterior in einigen Fällen sich einstellte. Ein genau beobachteter Patient liefs aber in dem dann wieder vermehrten Sekret die Gonokokken vermissen. Einmal kehrten die Gonokokken, nachdem sie geschwunden waren, nach einigen Tagen wieder. — Argonin ist reizlos, nur ein Patient bekam nach der Injektion Brennen und Urindrang und zeigte viele Epithelfetzen im Harn. Epididymitis gesellte sich nur bei einem der 70 Patienten hinzu. Verfasser empfiehlt warm die Anwendung des Argonin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Urethritis blennorrhoica beim Weibe mit Ichthyolstäbchen, von Chaix. (Dissert. Paris 1896.) Die Methode besteht darin, dafs eigens zubereitete gerade Metallstäbchen mit Watte umwickelt und in 20% Ichthyolglycerin getaucht, in die Urethra eingeführt werden. In die Vagina kommt ein mit der gleichen Lösung befeuchteter Wattebausch, welcher bis zur nächsten Sitzung liegen bleibt und den Zweck hat die Vaginitis zu bekämpfen und die aufsteigende Entzündung zu verhindern. Bei der Schmerzlosigkeit des Verfahrens kann dasselbe auch im akuten Stadium angewendet werden. Der Erfolg soll ein ausgezeichneter sein.

C. Müller-Genf.

Ichthyol bei Urethritis blennorrhoica der Frau, von Marmonier. (*Annales des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 4.) Nach dem Vorgange von Jullien empfiehlt auch der Verfasser lebhaft die Verwendung des Ichthyols bei der Urethritis blennorrhoica der Frau und zwar in der Form des Ichthyolglycerins (1 : 5). Zur richtigen Ausführung ist eine eigene Art von Stange angegeben, die mit Watte umwickelt wird, welche in Ichthyolglycerin getaucht war. In die eventuell beteiligte Vagina kommt ein Ichthyolglycerin-Tampon. Die Erfolge seien günstig. Da das Ichthyol gar nicht reize, könne es auch im frühesten Stadium Anwendung finden. *Neuhaus-München.*

Über die Thermotherapie der Blennorrhoe, Spülungen mit hoher Temperatur, von Callari. (*Annales des mal. des org. genito-urin.* 1897. No. 4.) Verfasser wollte hohe Temperaturen zur Vernichtung der Gonokokken verwenden, da diese in

der Wärme z. B. nach Neisser bei 45° C., nach anderen bei 40° C. sich nicht mehr entwickeln sollen. — Zunächst bestimmte er die Temperatur der Harnröhre und zwar der gesunden sowohl als der kranken. In der gesunden fand er im Mittel bei Männern 36,5°, bei Frauen 37,5°. Für die kranke Urethra ergab sich bei Männern 37,5°, bei Frauen 37,8°. Vorher wurde 4% Kokain injiziert. — Ein weiterer wichtiger Punkt war der, zu erfahren, welche Temperatur von der gesunden und welche von der kranken Harnröhre ertragen wurde. Es ergab sich da für die gesunde männliche Urethra 45°, für die weibliche ungefähr 46°. Die kranke Harnröhre aber erträgt eine nicht so hohe Temperatur. Macht man Injektionen, so gewöhnt sich das Individuum nach etlichen Tagen daran, dieselbe etwa 10 Minuten auszuhalten. Die Erfolge der Thermotherapie, die der Verfasser bei Blennorrhoischen erlangte, sind sehr gute, man sieht nach und nach die Gonokokken schwinden, Leukocyten und Eiterkörperchen seltener werden. — Unter den 20 so behandelten Kranken gab es 13 Heilungen, 4 Besserungen, 3 Fälle von Mifserfolg. *Neuhaus-München.*

Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethralblennorrhoe mit Sublimat, von Andrianl. (*Rif. med.* 1897. No. 24.) Verfasser rühmt seine glänzenden Erfolge bei Blennorrhoe mit den Injektionen von Sublimat (1 : 5000) nach Guyon und zieht das Präparat allen anderen vor. *C. Müller-Genf.*

Die Verwendung von permangansaurem Zink zur Behandlung der Blennorrhoe, von A. S. Hotaling. (*Med. News.* 7. Nov. 1896.) Unter 58 mit diesem Mittel behandelten Fällen erzielte Verfasser 50 Heilungen; 33 derselben waren frische Erkrankungen, 17 alte. Die Behandlung der akuten Fälle wurde durchschnittlich 20 Tage nach Beginn der Krankheit immer erst nach Beseitigung der akuten Erscheinungen begonnen und war in ca. 3 Wochen beendet. In bekannter Weise werden Injektionen in die Urethra 4 bis 5 mal täglich vorgenommen. Die Koncentration der Lösung soll anfangs nicht mehr 0,03 : 30,0 später bis zu 0,09 : 30,0 betragen. *Philippi-Remscheid.*

Verschiedenes.

Zur Behandlung der schmerzhaften Anusfissur, von Doumer-Lille. (*Presse médic.* 1897. No. 89.) Verfasser hat in solchen Fällen Ströme hoher Frequenz mittelst einer Elektrode mit Glasmantel lokal angewendet. Die Prozedur ist absolut schmerzlos und die Heilung wird nach 3—5 Sitzungen erzielt. Unter dieser Behandlung schrumpfen auch die Hämorrhoidalknoten stark zusammen, so dafs das Verfahren auch bei dieser Affektion mit Vorteil angewendet werden kann.
C. Müller-Genf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 4. 15. Februar 1898.

Über die Wirkungsweise des Wechselstroms und der hochgespannten Ströme bei den Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute.

Von

Dr. Oudin-Paris.

Schon seit mehreren Jahren wird von verschiedenen Seiten auf den hohen therapeutischen Wert der Franklinisation bei den mannigfachsten Hautkrankheiten aufmerksam gemacht. In Frankreich wufste namentlich Doumer von sehr raschen und glücklichen Erfolgen zu berichten, die er mit Hülfe der statischen Elektricität bei Eccema und Akne erzielte; atonische Geschwüre vernarbten unter dieser Einwirkung besonders schnell. Chatzky wandte die Franklinisation erfolgreich bei der Psoriasis, Abranitschef bei der chronischen Urticaria an.

Man hat diese günstigen Ergebnisse einesteils auf Veränderungen zurückgeführt, die durch die statische Elektricität im Gesamtzustand des Kranken bewirkt werden, indem seine Ernährung gehoben, die Verbrennung beschleunigt, die Assimilation gebessert und so die Gelegenheit zu Autointoxikationen vermindert werde. Andererseits hat man dagegen mehr Gewicht auf die örtliche Einwirkung des Stromes gelegt, man hat ihn als Parasiticid, als ein Trophoneuroticum bezeichnet, ja man hat sogar für möglich hingestellt, dafs er an der erkrankten Stelle Ozon erzeuge. Wie sich nun aber auch immer diese Wirkung erklären läfst, die Thatsache ihres Vorhandenseins wird heute von keiner Seite mehr bestritten und die Franklinisation hat bei der Behandlung des Eccemas und der Hautulcerationen ihr gutes Bürgerrecht erworben.

Nun erhält man aber diese günstigen Einwirkungen der statischen Elektricität rascher und vollkommener mit Strömen von raschem Wechsel. Der Klarstellung dieses Punktes ist die folgende Abhandlung gewidmet. Denn ich bin überzeugt, dafs diese Wechselströme bald einen bevorzugten Platz unter dem therapeutischen Rüstzeug der Dermatologie einnehmen und sich als die wirksamsten Heilmittel der erkrankten Haut und Schleimhäute erweisen werden.

Da die Einführung des raschen Wechsels bei den Strömen noch verhältnismäfsig jung ist, so scheint es wohl berechtigt, über die Apparate, die zur Herstellung so hoher Wechselströme erforderlich sind, sowie über ihre physikalischen und physiologischen Eigenschaften einige Mitteilungen zu machen.

Unter hohen Wechselströmen versteht man solche, bei denen die Zahl der Schwankungen derartig erhöht ist, dafs sie in einer Sekunde mehrere Millionen erreichen kann. Um sie zu erzeugen, benutzt man eine gewisse Eigenschaft des Entladungsfunkens, mit der wir durch Feddersen und Helmholtz bekannt gemacht sind. Bei einer gewissen Ladung des Kondensators ist nämlich sein Entladungsfunken kein einfacher, wie er unsern Augen und Ohren erscheint, sondern setzt sich aus einer grofsen Menge von Oscillationen zusammen, ähnlich den Vibrationen einer gespannten Feder, die nur langsam wieder zu ihrem Ruhestand zurückkehrt. Hertz hat sich für seine bekannten Untersuchungen Vorrichtungen ausgedacht, mittelst deren diese Oscillationen gezwungen wurden, durch Konduktoren zu gehen, so dafs er sie bequem beobachten konnte. Er hat gefunden, dafs sie sich im Äther ähnlich den Gesetzen der Lichtbewegung in Form von transversalen Wellen fortpflanzen, die ebenso reflektiert und gebrochen werden wie die Lichtwellen.

Thomson sowohl wie Tesla haben dann Apparate hergestellt, mit deren Hülfe man die elektrischen Wellen leicht erhalten kann. Indessen will ich hier auf diese rein physikalischen Einzelheiten nicht weiter eingehen und will nur noch in Kürze das Instrumentarium beschreiben, dessen ich mich bediene und das von Prof. d'Arsonval zusammengestellt ist.

Eine grofse Rumkorffsche Spule ist an ihren beiden Polen mit dem innern Belag zweier Leydener Flaschen verbunden. Vom Boden dieser Flaschen erhebt sich bekanntlich ein Metallstab, der oben in einer Kugel endigt. Bringt man nun diese beiden Kugeln genügend nahe an einander heran, so springt der oscillierende oder Hertzsche Funken, von dem soeben die Rede war, von einer zur anderen hinüber, die Vibrationen oder Schwingungen eines einzigen derartigen elektrischen Funkens bemessen sich nach Zehntausenden, so dafs, wenn in der Sekunde 40 bis 50 Funken überspringen, in derselben Zeiteinheit mehrere Hunderttausend Schwingungen stattfinden.

d'Arsonval hat bewiesen, dafs unsere Nervenendigungen von so rasch sich folgenden Schwingungen nicht mehr beeinflufst werden, wie ja auch unser Ohr die Schallwellen nur bei einer bestimmten Geschwindigkeit wahrnimmt und unser Auge die ultravioletten Lichtstrahlen nicht mehr sieht.

Wenn wir nunmehr den äufseren Beleg der beiden Leydener Flaschen

mit einem Solenoid verbinden, der aus einigen Spiralen dicken Drahts besteht, so entstehen in diesem Solenoid äufserst starke Ströme, die mit den Schwingungen der Entladungsfunken synchron sind und etwa so hoch gespannt sind, wie die Ströme einer statischen Maschine. An das eine Ende des Solenoids können wir auch noch einen isolierten Konduktor befestigen, der in eine Elektrode, wie sie in der Elektrotherapie zur Verwendung kommen, ausläuft, und nun vermögen wir aus der letzteren, wie bei einer Maschine mit Glasscheibe, Funken herauszuziehen; letztere werden noch viel stärker, wenn wir die andere Hand mit dem anderen Ende des Solenoids in Berührung bringen. Diese Funken haben dann viele Ähnlichkeit mit denen einer statischen Maschine, wenn sie mit ihren Kondensatoren versehen ist; sie sind zwar lange nicht so schmerzhaft wie diese, können aber doch recht kräftige Muskelkontraktionen auslösen.

Die Haut reagiert in ganz eigenartiger Weise auf diese Funken. Schliefsen wir den Strom nicht, indem wir den Solenoid berühren, und begnügen wir uns damit, die Elektrode der Hand zu nähern, so erfolgt eine bald stärkere, bald schwächere Reizung, je nachdem die Einwirkung längere oder kürzere Zeit dauerte. Diese Reizung, eine leichte Rötung, gewinnt bald an Ausdehnung und verbreitet sich über eine viel gröfsere Fläche, als diejenige war, die der Funken traf. Diese Rötung hält 25 bis 30 Minuten an, verschwindet bei dem einen Individuum schneller als bei dem anderen. Steht die Versuchsperson auch mit dem andern Pol des Solenoids in Verbindung, so sind die Funken, wie schon erwähnt, viel geräuschvoller und viel heifser. Läfst man nun zur Zeit nur einen Funken überspringen, so sieht man, wie die Haut in einem Umfang von $1^1/_2$—2 cm des berührten Punktes blutarm und kreideweifs wird, während die Haarfollikel der Cutis sich gleichzeitig, wie bei der Gänsehaut, aufrichten. Dieser Zustand hält je nach dem Individuum 1—2 Minuten an, dann sinken die gestreckten Follikel allmählich wieder ein und auf die spastische Anämie folgt eine stark erythematöse Färbung, die manchmal mehrere Stunden anhält; ja, bei Individuen mit besonders reizbarer Haut ist dieses Erythem auch noch am nächsten Tag zu erkennen. Bei längerdauernder örtlicher Einwirkung entstand bisweilen sogar an dem getroffenen Punkte nach mehreren Stunden eine Phlyktaene.

Bedient man sich anstatt einer scheiben- oder punktförmigen Elektrode eines feinen Metallpinsels, mit dem man über die Haut hinfährt, so vermag man die Reizung über eine viel gröfsere Fläche auszudehnen; die Funken erregen dann aber immer Schmerzen und werden von einer gesunden Haut nur schwer, von einer kranken aber gar nicht ertragen.

Sie werden jedoch erträglicher, sowie man ihre Spannung erhöht, und hierfür giebt es zwei Methoden. Entweder man erzeugt mittelst des Solenoids in einem zweiten Solenoid aus feinem Draht, der in Öl getaucht

ist, einen induzierten Strom, oder man verwertet, wie ich das angegeben habe, die Resonanz der hohen Wechselströme. Man kann nämlich einem Apparat, der von Strömen durchlaufen wird, ganz gut die Form einer Stimmgabel geben, die eine bestimmte Zahl von Schwingungen ausführt. Stellt man nun neben dieser eine zweite Stimmgabel auf, die mit ihr genau abgetönt ist, so wird, wenn die erste zu schwingen anfängt, auch die zweite in Mitschwingungen geraten; der von ihr ausgehende Ton wird aber eine oder mehrere Oktaven höher sein. Desgleichen werden auch in einem zweiten Solenoid, den wir neben dem ersten anbringen, wenn ihre Selbstinduktionen übereinstimmen, elektrische Schwingungen von dem nämlichen Umfang entstehen; ihre Spannung aber kann, je nach dem Bau des zweiten Solenoid, eine höhere sein als die Stromspannung im ersten Solenoid und sozusagen eine höhere elektrische Harmonie bilden.

In einem solchen zweiten Solenoid, der länger als der erste sein muſs und aus feinerem Draht herzustellen ist, entsteht nun, wenn er mit dem ersteren verbunden wird, ein äuſserst hochgespannter Strom; aus seinen letzten Spiralwindungen sprüht in der Dunkelheit ein mächtiges Strahlenbündel (effluve), das einen Metallfaden zum Glühen bringt; und von einer Elektrode, die man mit ihm verbindet, strömt ein Regen von langen, geschlängelten weiſsen Funken, die von der Haut viel besser ertragen werden als diejenigen des ersten Solenoids. Bei entzündeter Haut werden freilich auch die Funken des Resonators noch schmerzhaft empfunden. Man muſs dann die Elektrode etwas weiter von der Haut abhalten, damit sich keine Funken bilden können, sondern nur der Strom einwirkt. Noch besser aber thut man, sich für solche Fälle der Elektrode zu bedienen, die ich eigens hierfür habe anfertigen lassen und die eine Art Kondensator darstellt und aus einem von einer Glashülse umgebenen Draht besteht: zwischen Glas und kranker Haut fällt dann ein Regen feiner kleiner Funken, die die Haut wie in eine Lichtwolke hüllen und selbst bei stärkster Entzündung und von den reizbarsten Schleimhäuten, denen der Nase z. B., nicht schmerzhaft empfunden werden.

Die Hand des Arztes ist gegen die Funken durch ein zweites, gröſseres Glasrohr geschützt, das mit isolierendem Öl gefüllt ist. Das Ganze macht dann den Eindruck Geisslerscher Röhren, die von einer fluorescierenden Flüssigkeit umgeben sind.

Diese Elektrode gewährt den Vorteil, daſs man hochgespannte Ströme mit ihr auch auf die Schleimhäute anwenden kann, was mit den gewöhnlichen metallischen Elektroden nicht angängig ist, denn bei diesen letzteren wird durch die Berührung der feuchten Schleimhaut mit dem Metall sozusagen ein einziger Konduktor hergestellt, so daſs zwischen beiden alsdann kein Unterschied der Stromstärke mehr besteht, wie zwischen der Hand, die den Pol einer statischen Maschine hält, und diesem Pol selber. Bei

der Glas-Elektrode dagegen fallen diese Schwierigkeiten weg. Bei der Berührung des Metallfadens mit der Innenfläche der Glasröhre springen immer kleine Funken über, die man in der Dunkelheit leicht wahrnehmen kann.

Ich habe weiter oben gesagt, dafs der Resonator dem übrigen Apparat angepafst sein mufs. Zu diesem Zweck mufs man es so einrichten, dafs in jedem einzelnen Falle, je nach den Bedingungen, unter denen man arbeitet, Kapazität und Selbst-Induktion des Resonators leicht wechseln können, indem man den Berührungspunkt des Konduktors mit dem Apparat verändert. GAIFFE giebt einen Apparat an, bei dem er mit Hülfe eines Schlittens die Länge des zweiten Solenoids verändern kann und so den nämlichen Zweck erreicht. Denn wenn der Apparat arbeitet, so sind es seine veränderlichen Gröfsen, die Länge des dünnen Drahts, die Kapazität der Elektrode und diejenige des Körpers des Patienten, welche die Schnelligkeit der Resonanz beeinflussen; man hat letztere also völlig in seiner Hand. Will man z. B. nicht die Epidermis, sondern eine feuchte Schleimhaut behandeln, so mufs man den Leitungsdraht etwas zurückschieben. Dieser kleine Übelstand wird aber durch den Vorteil ausgeglichen, dafs der Apparat eine grofse Anpassungsfähigkeit besitzt und dafs ein geringes Verschieben des beweglichen Drahtes genügt, um je nach der Empfindlichkeit des Individuums längere oder kürzere Funken zu erhalten.

Man hat also — um kurz zu wiederholen — folgendes zu thun. Man verbindet mittelst zweier feiner Drähte die beiden Pole einer RUMKORFFschen Spule mit den Stangen zweier Leydener Flaschen; letztere stellt man so auf, dafs der zwischen den Kugeln der beiden Stangen überspringende Funken die gewünschte Länge hat. Man mufs dabei immer im Gedächtnis behalten, dafs, je länger dieser Funken ausfällt, um so länger auch der zweite Funken und um so kräftiger der hohe Wechselstrom wird. An das eine Ende des Solenoids, der zwischen den beiden Leydener Flaschen aufgestellt ist, befestigt man einen dünnen Draht, der in eine Metallelektrode ausläuft; letztere kann man nach Belieben dem Patienten in die Hand geben. Am anderen Ende des Solenoids befindet sich ein kurzer Metallfaden, dessen freies hakenförmiges Ende mit irgend einem Punkt des Resonators in Verbindung gebracht wird. Von diesem Resonator endlich geht ein dünner Metalldraht ab, der in einen kleinen Knopf, in einen Metallpinsel oder in eine Elektrode von Glas, wie sie oben beschrieben wurde, endigt. Eins dieser drei Stücke kommt bei der Behandlung in Verwendung und ist deshalb für den behandelnden Arzt mit einem isolierenden Handgriff zu versehen. Für jeden neuen Fall mufs man den Haken über den Resonator hinwegführen, um die Länge des Funkens zu erproben.

Das ganze Verfahren ist trotz der umständlichen Beschreibung sehr einfach und läfst sich bei nur einiger Übung sehr leicht handhaben.

Als Elektrode verwende ich mit Vorliebe entweder die Glasröhre oder den Metallpinsel, die einzelnen Borsten desselben müssen aber sehr dünn und weich sein. Den Pinsel ziehe ich bei chronischen, langsam und ohne entzündliche Reaktion verlaufenden Krankheiten vor, so bei Psoriasis, Eccema siccum, Trichophytiasis, Herpes tonsurans; die Glaselektrode dagegen bei Schleimhäuten, sowie bei reizbaren und entzündlichen Formen, wie z. B. dem Eccema acutum, endlich auch bei besonders empfindlichen Körperteilen. Nur, wo es sich um ganz eng umschriebene Stellen handelt, wie etwa beim Molluscum, greife ich zum Metallknopf. Die Form der Glasröhre richtet sich, was man wohl beachten wolle, nach der zu behandelnden Gegend, für den Uterus mufs sie die Gestalt eines Hysterometers, für die Nasenhöhle diejenige einer ITARDschen Sonde haben u. s. w. Die Dauer der Anwendung des hohen Wechselstromes, sowie die Zahl der Sitzungen sind sehr verschieden und richten sich ganz nach dem einzelnen Fall. Unter keinen Umständen aber dehne ich eine Sitzung über 10 Minuten aus. Für gewöhnlich lasse ich die Patienten zweimal, selten dreimal die Woche kommen.

In welcher Weise wirken nun die hohen Wechselströme und wie vermag man sich ihren heilenden Einfluſs zu erklären? Wir haben hier auf jeden Fall zwischen einer allgemeinen und einer örtlichen Wirkung zu unterscheiden. D'ARSONVAL hat gezeigt, dafs die hochgespannten Ströme die Allgemeinernährung in ganz gewaltiger Weise beeinflussen. Setzt man z. B. ein Tier in die Spirale, welche die beiden Kondensatoren miteinander verbindet, oder in den Resonator, so steigt seine Temperatur, seine Haut bedeckt sich mit Schweifs und seine physiologische Verbrennung nimmt zu, denn es scheidet mehr Harnstoff aus und sein Körpergewicht nimmt rasch ab; gleichzeitig werden die vasomotorischen Nerven gelähmt, was man daran erkennt, dafs der arterielle Druck um mehrere Centimeter sinkt. — Die nämlichen physiologischen Wirkungen erhält man auch, wie d'ARSONVAL weiter bemerkt, wenn man den Strom direkt durch die Gewebe schickt. In diesem Falle beobachtet man an denjenigen Stellen, an denen der Strom in den Körper dringt, eine Herabsetzung der Empfindlichkeit, ja sogar eine Analgesie, die je nach dem Fall und je nach dem Individuum 1—20 Minuten andauern kann.

Bekanntlich haben APOSTOLI, sowie CHARRIN und d'ARSONVAL bei ihren Versuchen bei Stoffwechselkrankheiten gefunden, dafs hohe Wechselströme bei Diabetikern und Rheumatikern von günstigem Einfluſs sind. Den nämlichen Erfolg erzielen wir nun aber auch bei örtlicher Anwendung. Der ganze Körper eines Patienten, dem ich eine meiner Elektroden an irgend einer Stelle aufsetze, ist mit so kräftiger Elektricität

geladen, dafs ich ihm Funken entziehen kann, wenn ich ihm meinen Finger an irgend einem Punkt nähere, und dafs ich beim Auflegen meiner Hand eine ganz energische und charakteristische Erschütterung spüre. Selbst bei den kurzdauernden Sitzungen, wie sie in der Dermatologie gebräuchlich sind, ist eine solche Beeinflussung des Gesamtbefindens unverkennbar, und sehr häufig haben mir meine Patienten von selbst berichtet, dafs sie besser schlafen, dafs sie wieder mehr Appetit haben und sich im ganzen viel besser befinden. So hatte mir ein befreundeter Kollege eine junge Frau zugeschickt, um bei ihr den hohen Wechselstrom gegen eine rasch zunehmende Alopecie, bei der die landläufigen Mittel versagt hatten, zu versuchen; die etwas nervöse und arthritische Patientin litt seit Jahren an heftigster Migräne, die sich mehrmals in der Woche einstellte. Schon nach einigen Sitzungen meldete sie mir, dafs ihre Migräneanfälle anfingen, seltener und schwächer zu werden, und nach mehrwöchentlicher Behandlung waren sie fast ganz verschwunden. Ich habe diese Patientin dann über ein Jahr beobachtet; ihre Migräne trat nur noch während des Unwohlseins auf und die Alopecie machte keine Fortschritte mehr. Die ausgefallenen Haare waren freilich auch nicht wieder gewachsen. Aus Anlafs dieses Falles habe ich dann noch zwei weitere Fälle von Migräne, und zwar mit dem nämlichen Erfolg, behandelt.

Bei den Hautkrankheiten sind besonders zwei pathogenetische Elemente ins Auge zu fassen: die trophoneurotischen und die vasomotorischen Nerven einerseits und der Infektionserreger andererseits; dieser wirkt als Parasit oder Mikrobion entweder nur örtlich, oder er besteht aus Toxinen, die sich an anderer Körperstelle gebildet haben und nun durch die Haut ausgeschieden werden.

Wir werden sehen, dafs die hochgespannten Ströme und die hohen Wechselströme auf beide Krankheitsursachen einwirken. Die Reaktion abseiten der Nerven, die von d'ARSONVAL untersucht und beschrieben ist — Temperaturerhöhung, Steigerung des Verbrennungsprozesses, Sinken des arteriellen Druckes, Schweifse — hat auch bei der örtlichen Anwendung der Ströme statt, ist aber natürlich dort, wo der Strom eintritt, stärker ausgesprochen. Die einzelnen Symptome wachsen hier, wie schon erwähnt, mit der Stärke und der Dauer der Einwirkung des Stromes; sie beginnen mit Hautanämie und mit Aufrichtung der Follikel, dann folgt Rötung, die sich weit über den Ort der Einwirkung hinaus ausdehnen und noch kürzere oder längere Zeit nachher andauern kann. Nach der Sitzung haben die Patienten immer ein Gefühl von Hitze und örtlichem Wohlbehagen. Sehr häufig treten am Ort der Berührung auch kleine Schweifströpfchen aus; so habe ich zur Zeit ein junges Mädchen mit Psoriasis in Behandlung, bei der sich sehr schnell grofse Schweifstropfen ansammeln, die dann neben der Elektrode herniederrieseln.

Die analgesierende Wirkung, die d'Arsonval beobachtet hat, und deren Verwendung bei verschiedenen schmerzhaften Leiden ich in einer früheren Abhandlung besprochen habe, tritt auch bei den Hautkrankheiten ein, indem hier das Brennen aufhört. Worauf auch immer dieses letztere Symptom beruhen mag, es schwindet jedesmal nach Anwendung des hochgespannten Stroms, und nach einigen Sitzungen ist seine Beseitigung sogar eine dauernde. Bei den entzündlichen Formen, dem Eccema acutum z. B., folgt der Behandlung zwar ein Gefühl von örtlichem Brennen und Heifssein, aber dies Gefühl ist erträglich und zwingt nicht zum Kratzen, und mit dem Aufhören des Brennens ist auch das früher vorhandene Jucken verschwunden.

Ich habe bereits früher die Krankengeschichte einer Patientin veröffentlicht, die an Prurigo acuta generalisata litt, bei der alle Mittel Jahre lang vergeblich waren und die an fast völliger Schlaflosigkeit litt; ihre ganze Haut war schon zerkratzt, und doch liefs das Jucken bei ihr schon nach vierwöchentlicher Behandlung nach und war nach zwei Monaten ganz verschwunden. Die Besserung liefs in diesem Falle zwar etwas lange auf sich warten, war aber bei der besonders schweren Erkrankung dennoch recht bemerkenswert.

Vor kurzem schickte mir Herr Besnier einen jungen Menschen zu, der vor einem sehr schweren Examen stand und der durch unerträgliches Jucken infolge Seborrhoe seiner Kopfhaut am Arbeiten behindert war; nun, bei diesem Studenten hörte das Jucken schon nach der zweiten Sitzung auf, so dafs er sich ungestört seinen Studien hingeben konnte.

In einem Fall von Lupus hypertrophicus des Fufses, neben dem gleichfalls unerträgliches Jucken bestand, schwand dieses Symptom gleich nach den ersten Sitzungen völlig, bevor sich noch eine örtliche Besserung eingestellt hatte. —

Dieser drei Patienten geschieht hier deshalb Erwähnung, weil das Jucken bei ihnen die verschiedensten Ursachen hatte, indem es sich das eine Mal um eine Allgemeininfektion, im zweiten Falle um eine nervöse und im dritten um eine örtliche Infektion handelte; aber trotzdem und trotz der Schwere der Erkrankung wurde die Beseitigung des lästigen Symptoms in allen drei Fällen erlangt.

Auf die Infektionserreger und die Parasiten wirkt der hohe Wechselstrom in zweierlei Weise, indem er die Giftigkeit der Toxine herabmindert und die Parasiten tötet. Ersteres läfst sich freilich weder direkt noch klinisch nachweisen, wir vermögen es nur aus der Übereinstimmung des erlangten Erfolges mit den Laboratoriums-Versuchen zu schliefsen. Solche Versuche liegen von d'Arsonval und Charrin vor, die gezeigt haben, dafs der hohe Wechselstrom allein, ohne Mitwirkung der Hitze, im stande ist, eine Abschwächung vieler Toxine herbeizuführen. Bononi

und VIOLA stellten auf demselben Wege ein Streptokokken-Antitoxin her, und PHYSALIX konnte mit Hülfe des Wechselstroms das Gift der Cobraschlange bedeutend abschwächen.

Diese Wirkung ist nun auch sicher bei der Heilung von Eccema, Psoriasis und solchen Dermatosen von grofser Bedeutung, denen eine Autointoxikation zu Grunde liegt, sei diese nun gastro-intestinalen Ursprungs, oder beruhe sie auf Ernährungsstörungen bezw. auf jenen dunklen Toxämien, die mit dem weiblichen Geschlechtsleben zusammenhängen. Jedoch habe ich im allgemeinen den Eindruck gewonnen, als ob diese Autointoxikation für sich allein bei der Behandlung der Dermatosen nicht ausreicht. Dadurch, dafs man den Kranken nur in dem grofsen Solenoid von d'ARSONVAL verweilen läfst, erzielt man auch nicht annähernd so gute Ergebnisse, wie bei einer örtlichen Stromeinwirkung. Daraus folgt demnach, dafs zu der Abschwächung der Toxine noch eine Beeinflussung des Nervensystems oder eine örtliche parasiticide Wirkung hinzukommen mufs. Letztere ist auch ganz unbestreitbar; ich habe sie oft genug zusammen mit meinem Freund und Mitarbeiter BARTHÉLEMY in der Klinik beobachtet. Nach ein- bis zweimaliger örtlicher Durchströmung von nur wenigen Sekunden Dauer erfolgt z. B. immer Schrumpfung und Schwund von Molluscum contagiosum, dessen parasitäre Pathogenese ja hinlänglich bekannt ist. Ebenso vernarben und verheilen bei unserer Behandlung grofse Geschwürsflächen oder ein blennorrhoischer Katarrh des Uterus in 2—3 Wochen, die bei der landläufigen Therapie zu ihrer Ausheilung doch mindestens die doppelte Zeit erfordern. Selbstverständlich sind so günstige Ergebnisse nur durch die Annahme einer gleichzeitig baktericiden Wirkung des Stroms erklärlich. Bekannt sind auch die Beobachtungen von COIGNET und GAILLETON in Lyon, die mit Hülfe meines Resonators Schanker in einfache, rasch heilende Geschwüre umwandelten. Die Impfung war in diesen Fällen vor der Behandlung positiv, blieb aber schon nach 1—2 Sitzungen ohne Erfolg.

Neben der Beseitigung von Schmerz und Jucken kommt dem hohen Wechselstrom aber auch noch eine trophoneurotische Bedeutung zu. Das lehrt z. B. folgende Beobachtung, bei der trophische Störungen nervösen Ursprungs durch den hohen Wechselstrom rasch beseitigt wurden.

Beobachtung 1. — Augustine X., 30 Jahre alt, Kammerjungfer, kam am 2. September 1892 zu mir. Im Mai 1891 hatte sie auf dem Cubitalrand der rechten Hand einen heftigen Schlag bekommen; sie empfand damals lebhaften Schmerz und wurde ohnmächtig; eine Hautwunde war aber nicht vorhanden. Die Hand schwoll in den nächsten Tagen unter Ekchymosenbildung an und schmerzte sehr. Gleich nach dem Unfall bildete sich eine anästhetische Zone von dem Umfang eines 5 Fr.-Stückes. Die Schmerzen verwandeln sich in heftige Stiche, die bis zum Arm hinaufreichen. Auch die Anästhesie nimmt in den folgenden Monaten noch zu, ergreift

den vierten und fünften Finger und den inneren Rand der Hand und des Handgelenks. Dann liefsen die Schmerzen nach und Patientin beachtete die Sensibilitätsstörungen nicht weiter. Im April 1892 aber, also fast ein Jahr nach dem Unfall, bemerkte sie, dafs die unempfindliche Hautstelle sich in der Kälte bläulich verfärbte und dafs diese Verfärbung auch dann noch bestehen blieb, wenn die Hand wieder warm war. Dabei bestand zuerst nur eine leichte Marmorierung, dann wurde die Haut aber allmählich dünn und faltig, bekam bei den geringsten Anlässen Schrunden und Geschwüre, färbte sich lebhaft rot und bedeckte sich mit Krusten. Auch traten die anfänglichen Schmerzen immer heftiger wieder auf, und gleichzeitig griff die Anästhesie auf die Innenfläche des vierten und fünften Fingers über, ja, war jetzt auch am Mittelfinger nachweisbar und reichte bis zum Ellenbogen hinauf. Im Juli kam dann sogar noch eine Abmagerung und Verkrümmung der Hand hinzu.

Patientin ging nunmehr in die Salpétrière, wo sie mit statisch-elektrischen Bädern behandelt wurde. Das hatte aber ebenso wenig Erfolg, wie eine spätere, durch sechs Wochen fortgesetzte tägliche Faradisation in Beaujon.

Als ich die Kranke zuerst sah, bildete der Cubitalrand der kranken Hand eine grofse, bläuliche, mit Erosionen, Krusten und Vesikeln bedeckte Plaque, die ungefähr noch 3 cm weit die Hohlhand und 1 cm weit den Handrücken überzog. Soweit man die Cutis sehen kann, ist sie verdünnt, gefaltet und glänzend wie eine frische Narbe. Die Muskeln des dritten und vierten Spatium interosseum, der Hypothenar und der M. adductor poll. brevis sind atrophiert. Die ganze Umgebung des Cubitus, der vierte und fünfte Finger, sowie der innere Rand des Mittelfingers, endlich der Cubitalrand der Hand und des Vorderarmes sind unempfindlich. An allen diesen Punkten bestehen aufserdem vasomotorische Störungen; streicht man mit dem Fingernagel darüber hin, so entsteht sofort ein tief roter Strich. Die Haut ist abwechselnd bald trocken, bald mit Schweifs bedeckt.

Ich leite nun sofort meine Behandlung mit hohen Wechselströmen ein, jeden zweiten Tag eine Sitzung von 15 Minuten Dauer; die kranke Haut wird mit kleinen Funken besprüht, von denen Patientin am ersten Tag gar nichts merkt. Am Abend und in der Nacht empfand sie an der anästhetischen Stelle unbestimmte Schmerzen, die aber, wie sie angiebt, mit den früher empfundenen Schmerzen keine Ähnlichkeit haben. — Schon bei der zweiten Sitzung spürt sie die Funken und hat hinterher ein Gefühl von Ameisenkriechen im vierten und fünften Finger.

6. September. Dritte Sitzung: Der Zustand der Haut ist entschieden besser, sie ist weniger rot und livide, im allgemeinen mehr rosa gefärbt.

8. September. Die Sensibilität hat sich in allen, bisher anästhetischen Teilen wieder eingestellt; auf der dermitischen Plaque besteht sogar Hyperästhesie.

12. September. Patientin giebt an, ihre Hand werde von Tag zu Tag kräftiger und brauchbarer. Sensibilität normal.

18. September. Die atrophischen Muskeln regenerien rasch. Die Haut sieht fast wieder normal aus und ist nur noch etwas glatter; aber weder Geschwüre, noch Krusten, noch Vesikel sind mehr vorhanden. Seit 5—6 Tagen sind weder im Ellenbogen noch in der Schulter mehr Schmerzen aufgetreten. — Ich hätte die Kranke gern noch einige Zeit weiterbehandelt, sie zog es aber vor, abzureisen. — Ein Jahr später sah ich sie wieder; sie war vollkommen geheilt.

Ich habe diese Krankengeschichte wegen ihres ganz besonderen Interesses etwas ausführlich wiedergegeben. In 14 Tagen wurde eine fortschreitende Neuritis, die schon ein ganzes Jahr lang bestanden und allen Behandlungsweisen Hohn gesprochen hatte, durch den hohen

Wechselstrom völlig geheilt. Dieser Fall war es, der mich überhaupt erst veranlafste, die Einwirkung des hohen Wechselstroms auf Hautkrankheiten zu studieren. Später habe ich dann noch einen zweiten, fast identischen Fall beobachtet, bei dem es sich um eine Entzündung des Nervus radialis handelte.

Ich werde nun meine Erfahrungen bei Dermatosen kurz zusammenstellen und beginne mit der hartnäckigsten und mit der häufigsten Form, der Psoriasis und dem Ekzem.

Psoriasis.

Beobachtung 2. Mann von 37 Jahren. Seit 15 Jahren allgemeine Psoriasis, wogegen alles Mögliche versucht wurde, ohne aber mehr als jeweilen eine vorübergehende Besserung zu erzielen. Grofse Herde bedecken die Unterschenkel und den Rücken fast ganz; auch auf der Brust und den Armen finden sich Flecken verteilt. Die Behandlung begann im Oktober 1892 mit zwei bis drei Sitzungen wöchentlich. Schon nach der ersten Sitzung liefsen Hitze, Spannung und Jucken rasch nach. Als Patient sich im Juli des nächsten Jahres der Gesellschaft für Elektrotherapie vorstellte, hatte er nur noch einige rote Stellen, im ganzen fünf bis höchstens sechs, die linsengrofs waren und auf den Waden, am Rande ehemaliger Plaques safsen, die eine Verfärbung zurückgelassen hatten. Es stellten sich bei dem Patienten dann später noch mehrfach kleine Rückfälle ein, indem sich linsengrofse, rosagefärbte Flecke bildeten; dieselben verschwanden aber nach einer bis höchstens zwei Sitzungen wieder. In den letzten zwei Jahren ist der Kranke ganz verschont geblieben, so dafs man ihn als völlig geheilt betrachten kann.

Beobachtung 3. Mann von 28 Jahren; hat auf jedem Knie eine handgrofse Plaque, drei ähnliche auf dem Rücken, deren gröfste in der Lendengegend einen Raum von ungefähr 10 cm im Geviert einnimmt. Die Krankheit begann vor 5 Jahren, verschwand nach einer geeigneten Behandlung für einige Wochen, kehrte dann aber immer wieder in nämlicher Heftigkeit zurück. Die Behandlung mit hohem Wechselstrom begann im Februar 1893 und schlofs im Mai mit einem vollen Erfolg ab (2 Sitzungen wöchentlich). Im Juni 1894 zeigte sich ein leichter Rückfall, der aber nach fünf Sitzungen wieder verschwand; seitdem völlige Gesundheit.

Beobachtung 4. Mann von 24 Jahren. An jedem Ellenbogen und auf dem linken Knie eine Plaque, auf dem Rücken 13 Flecke von Psoriasis guttata. Beginn der Krankheit vor drei Jahren; eine Behandlung hat früher nie stattgefunden. Ich befasse mich einstweilen nur mit den Herden auf dem Rücken (wöchentlich drei Sitzungen); sie sind nach dreiwöchentlicher Behandlung fast ganz geheilt. Der Kranke verliefs damals Paris und ich habe ihn nicht wieder zu Gesicht bekommen. Die Plaques an den Ellenbogen und am Knie, um die ich mich nicht bekümmert hatte, waren unverändert geblieben.

Beobachtung 5. Mädchen von 19 Jahren. Beginn der Psoriasis im Jahre 1892. Der erste, leichte, Anfall wurde im Hôpital Saint Louis ausgeheilt. Im Juni 1893 erfolgte dann ein neuer Anfall, der sich trotz geeigneter Behandlung immer mehr verschlimmerte. Als ich die Patientin im März 1894 zuerst sah, waren Arme und Beine mit Psoriasis bedeckt; teils bestanden breite Streifen, teils dichtstehende und fast ineinander fliefsende Flecken. Auch auf dem Kopf fanden sich viele Psoriasisflecke und die Ohren waren ganz damit übersät. Wöchentlich zwei Sitzungen. Am 1. April sind Kopf und Ohren geheilt, die Extremitäten sehr gebessert. Am 15. Mai sind beide Arme und der rechte Unterschenkel ebenfalls geheilt, und nur

auf dem linken Unterschenkel gewahrt man noch einzelne kleine Flecken. Patientin hielt sich damals für geheilt und kam nicht mehr zu den Sitzungen. Dann stellte sich am 15. Juni ein neuer Anfall bei ihr ein, mit dem sie sich aber erst am 25. Juni bei mir meldete. Zahllose kleine rosafarbene, linsengroſse, etwas hervorspringende Flecken waren auf Rücken und Extremitäten verteilt; daneben bestand heftiges Jucken. Dieser gesamte neue Ausbruch war aber schon nach fünf Sitzungen am 5. Juli verschwunden und Patientin bleibt wieder aus der Sprechstunde fort. Abermaliges Auftreten der Psoriasis im September zu einer Zeit, da Patientin körperlich und seelisch sich in elendester Verfassung befand. Am 7. Dezember kam sie in einem trostlosen Zustand nach Paris zurück. Extremitäten und Kopf sind ganz mit Psoriasis überzogen; aufserdem auch im Gesicht und am Rumpf zahlreiche einzelne Plaques. Kräfteverfall, Abmagerung, Schlaflosigkeit, beständiges Jucken. — Jeden zweiten Tag eine Sitzung. Anfangs machte die Besserung darnach rasche Fortschritte, später aber kam Patientin nicht mehr regelmäſsig. Trotzdem ist sie im März fast völlig geheilt; nur zwei bis drei Plaques bleiben noch bis zum August bestehen. Im September verheiratete sie sich und blieb seitdem ganz verschont.

Beobachtung 6. Frau P., 28 Jahre alt, Wäscherin. Beginn der Psoriasis mit 15 Jahren. Bei vielfältiger Behandlung immer nur vorübergehende Besserung. Plaques auf allen vier Extremitäten, die rechterseits getrennt bleiben, auf dem linken Arm und Bein dagegen zusammenflieſsen; auch die ganze Kopfhaut ist ergriffen. — Beginn der Behandlung am 6. März 1894 mit wöchentlich zwei Sitzungen. Schon am 30. April sind Kopf, Augenbrauen und die ganze rechte Körperhälfte geheilt, die linke Seite wesentlich gebessert. Patientin, die ganz aufserhalb der Stadt wohnt, kommt nur noch sehr unregelmäſsig zum Elektrisieren, alle 14 Tage bis drei Wochen nur einmal. Trotzdem haben sich im Juli die groſsen Herde am linken Unterschenkel in lauter kleine Flecken aufgelöst, von denen nur die randständigen etwas hervorragen. Das Exanthem hat infolge dessen im ganzen ein serpiginös-circinöses Aussehen, und dieser Zustand war, als die Kranke sich nach einem Jahr wegen gastrischer Beschwerden wieder an mich wandte, noch unverändert.

Beobachtung 7. Frl. C., 20 Jahre alt. Die Psoriasis hat mit 9 Jahren begonnen. Zahlreiche erfolglose Behandlungen. Im Juni 1896 kommt Patientin zu mir. Der ganze Körper ist über und über mit Plaques bedeckt, die am Kopf, an den Armen und Unterschenkeln zusammenflieſsen. Hochgradige Abmagerung, Kachexie, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, beständiges Jucken. — Wöchentlich drei Sitzungen. Nach Verlauf eines Monats hat sich die Form der Plaques zwar noch nicht wesentlich geändert, das Allgemeinbefinden dagegen hat sich bedeutend gehoben, das Jucken hat aufgehört und auch die Abschuppung ist nicht mehr so reichlich. Die Eltern kehren nunmehr mit ihrer Tochter in die Heimat zurück, nehmen aber einen Apparat mit, in dessen Anwendung ich sie unterwiesen hatte, und Ende Dezember schreibt mir der Vater einen überschwänglichen Brief, in dem er mir mitteilt, daſs seine Tochter geheilt sei. Die Patientin besuchte mich dann im Juni 1897 wieder. Sie hat sich zwei Monate bei einer ihrer Tanten aufgehalten und bemerkte vor acht Tagen einige frische Stellen; das nämliche hatte sich auch schon mehrfach ereignet, so lange sie noch bei ihren Eltern war, 2—3 Sitzungen hatten dann aber genügt, um den Anfall zu beseitigen. Da ihr nun diesmal kein Apparat zur Verfügung stand, so kam sie wieder zu mir in Behandlung. Ich fand im ganzen nur einige kleine rosafarbene Flecke; von der ehemaligen Psoriasis waren nur noch über der Kreuzbeinhöhlung drei kleine Stellen vorhanden. Nach drei Sitzungen war das neugebildete Exanthem wieder geschwunden und die Dame kehrte zu ihrer Familie zurück.

Bei allen diesen Fällen von Psoriasis fand nur eine elektrische Behandlung statt; aufserdem nahmen die Kranken alle Woche ein Reinigungsbad, um die Krusten aufzuweichen. Nur die Patientin aus der Beobachtung 6 erhielt nebenher noch Arsenik. Zwei- bis dreimal in der Woche führte ich den Metallpinsel einige Sekunden lang über jede Plaque, wobei ich die höchste Stromstärke meines Apparates verwandte.

Der auf die Krusten überspringende Funke verteilt sich auf ihre Oberfläche, indem er sich in ein Bündel feinster Strahlen auflöst, die eine Oberfläche von ungefähr 1 cm Durchmesser besprühen. Trotz der bestehenden Psoriasis beobachtet man die rasche Bildung einer spastischen Anämie, von der schon oben die Rede war und die Farbe und Aussehen der Plaque gründlich verändert; letztere färbt sich nämlich erst grau und nach 1—2 Minuten rot. In den nächsten Stunden klagt Patient dann über ein Gefühl von Hitze und Brennen, das sich aber in mäfsigen Grenzen hält; ein etwa bestehender Pruritus verschwindet bei der Behandlung sogar sehr schnell.

Die Besserung hängt vom Alter und vom Sitz der Dermatose ab. Die frischen Plaques, die sich während der Behandlung bei meinen Patienten bildeten und die aus linsenförmigen, rosafarbenen Flecken bestanden, heilten nach 1—2 Sitzungen immer wieder sehr schnell. Die Plaques auf den Oberextremitäten und am Rumpfe erfordern immer eine 2—3monatliche Behandlung, auch wenn sie alt und grofs sind. Nach 10—30 Tagen läfst die Abschuppung nach und hört dann bald gänzlich auf. Die Haut gewinnt dann allmählich ihre Elasticität und normale Beschaffenheit wieder und behält nur noch eine graue Verfärbung, die nach längerem Bestand dann auch wieder verschwindet. Meistens erhalten sich am Rande einer grofsen Plaque noch eine Zeit lang einzelne kleine Stellen, die dem Ausschlag ein circinöses Aussehen verleihen, bis auch sie schliefslich verblassen.

Die Psoriasis capitis heilte bei meinen Patienten besonders schnell, während die Plaques an den Unterschenkeln sich mir immer als recht hartnäckig erwiesen.

Ekzem.

Beobachtung 8. Mann von 45 Jahren, Mechaniker, hat schon mehrere ähnliche Anfälle gehabt, die immer erst langsam wieder ausheilten, nachdem der akute Zustand zwei bis drei Monate gedauert hatte. Beginn des diesmaligen Anfalls am 10. Januar 1894. Er ist viel heftiger als alle die früheren, wird immer schlimmer und hält bis zum März an. Jetzt erst entschliefst sich Patient zur Aufnahme ins Hôpital Saint Louis, woselbst er vom 13. März bis zum 23. April verweilt. Hier wird er in Kautschuck eingepackt und mit Kleisterverbänden behandelt. Ungeheilt verläfst er das Krankenhaus wieder und kommt am 5. Mai zu mir. Sein Befinden, sagt er, sei schlimmer als je zuvor. Es besteht Röte, Schwellung und starkes Nässen des Gesichts; die Augenlider sind so gespannt, dafs er die Augen kaum öffnen kann; die

ganze Gesichtshaut ist rot, glänzend, excoriiert, und teils mit Krusten, teils mit Vesikeln bedeckt. Das namentlich des Nachts anfallsweise auftretende Brennen läßt den Kranken kaum schlafen. Nach drei Sitzungen, jeden Tag eine, ist die Besserung schon so groß, daß der Kranke sich für geheilt hält und nicht wiederkommt. Schon nach der ersten Sitzung hörte das Brennen auf und am dritten Tage hatten Schwellung und Röte erheblich nachgelassen. Die Haut nahm allmählich ihre normale Färbung wieder an, an Stelle der Krusten entwickelte sich eine kleiige Abschuppung. Aber schon fünf Tage nach der zu frühzeitigen Unterbrechung der Behandlung kam Patient wieder zu mir, und zwar im nämlichen Zustand wie am ersten Tag. Wiederum genügt eine Sitzung, um das Nässen, die Krusten, die Röte und das Brennen zu beseitigen, und nach der zweiten Sitzung sieht die Haut wieder ganz normal aus. Nach 14 Tagen ein frischer, ebenso heftiger Anfall, wie die früheren; derselbe war, nach Angabe des Kranken, dadurch hervorgerufen, daß er sich lange Zeit in einer mit Salpeterdämpfen gesättigten Werkstatt aufgehalten hatte. Auch dieser Rückfall wurde in zwei Sitzungen gänzlich beseitigt. — Aber schon am 2. Juli sehe ich ihn in dem nämlichen traurigen Zustand wieder; diesmal sei die Krise dadurch entstanden, daß er in einem Maschinenraum bei einer Temperatur von 40° gearbeitet habe. — In zwei Tagen waren alle Erscheinungen wieder geschwunden. — Zum letzten Mal bekam ich ihn dann im Juli 1895 wieder zu Gesicht, und zwar wegen eines Anfalls, der am Abend vorher auf der Stirn begonnen hatte. Schwellung und Röte waren diesmal so stark, daß man meinen konnte, ein Erysipel vor sich zu haben. Trotzdem war am nächsten Tage alles wieder normal.

Beobachtung 9. Frau H., 34 Jahre alt, Schneiderin. Mit dem 24. Lebensjahre hatten sich zahlreiche arthritische Symptome bei ihr eingestellt; infolge einer Allgemeinbehandlung aber und einer sehr enthaltsamen Lebensweise bestand seit November 1891 nur noch ein ekzematöser Herd am Ohr und Wange linkerseits. Daneben erfolgte jedesmal beim Unwohlsein ein subakuter Anfall mit Nässen, Röte, Schwellung und Brennen, die Haut bleibt in der Zwischenzeit verdickt, erhaben, abschuppend und bläulich verfärbt. Örtliche Behandlung hat gegen diese Zufälle nichts auszurichten vermocht. Erste Sitzung am 10. Januar 1893; nach der fünften gewinnt die Haut ihr normales Aussehen wieder und die Anfälle bleiben auch während der folgenden Regeln aus. Als ich Patientin nach einem Jahre wieder sah, war sie vollkommen geheilt.

Beobachtung 10. S., 35 Jahre. Alkoholische Fettsucht. Ich sah den Patienten zuerst 1891 mit Fournier und Charcot zusammen; es bestand damals eine Hemiplegia sinistra und ich war zum Zweck des Elektrisierens hinzugezogen worden. Vor zwei Jahren machte Patient alsdann einen Gelenkrheumatismus durch und daran schloß sich ein Ekzem der Hände, das schubweise, mit freien Zwischenräumen auftritt. Obschon ich den Patienten während einer Zeit der Ruhe zu sehen bekomme, befinden sich seine Hände doch in einem recht schlechten Zustand. Die ganze Rückenfläche ist rot, glänzend, aufgesprungen und zwischen den einzelnen Fingern auch nässend. Die Epidermis der Hohlhand ist verdickt und teilweise verhornt, teilweise aufgesprungen. Der rechte Zeigefinger ist mit schwarzen Krusten bedeckt und blutet nach Angabe des Kranken leicht. Die Nägel sind verdickt und rissig. Alle nur denkbaren Kuren sind schon vergeblich versucht; Stärkemehl, Bäder, Kautschuck, Leim, Pflaster u. s. w.; freilich hat Patient auch nie aufgehört zu trinken. — Meine Behandlung begann am 6. Februar mit einer Sitzung an jedem zweiten Tag. Schon am 10. Februar sind Schmerz und Brennen geschwunden; am 20. sehen beide Handrücken wieder normal aus; dabei haben erst sechs Sitzungen stattgefunden und abgesehen von den Nägeln sieht man den Händen schon nicht mehr an, in welcher Verfassung sie kurz

vorher waren. Auch die Handflächen sehen jetzt viel besser aus, sie sind weder durch Schrunden noch durch Epidermisfetzen mehr entstellt. Nur am linken Daumen und am rechten Zeigefinger bleibt die Epidermis noch etwas verdickt.

Am 28. Februar klagt der Kranke über etwas Magenbeschwerden und gleichzeitig zeigen sich auch wieder einzelne Bläschen am rechten Handgelenk; dieselben sind am 2. März aber schon wieder verschwunden und nur noch ein kleiner roter Strich ohne entzündlichen Reiz bezeichnet ihren ehemaligen Sitz. Am 5. März, wo Patient nach Nizza abreist, besteht nur noch eine geringe Verdickung an der Epidermis von Daumen und Zeigefinger; aufserdem sind die Nägel unverändert geblieben.

Beobachtung 11. C., Tagelöhner, 40 Jahre alt. Grofse Ekzemplaques an den Vorderflächen der Ellenbogen. Die Cutis ist verdickt, runzelig und höckerig und besitzt eine lebhaft rote Färbung, die sich fleckweise, und dabei in rotbraun übergehend, bis zum Handgelenk fortsetzt. Auf beiden Schultern handgrofse Plaques. Sämtliche Herde sind entzündet, nässen und jucken in unerträglicher Weise.

Schon nach der ersten Sitzung am 20. März 1895 hört das Jucken auf und verändert sich das Aussehen der Dermatose, die sich nach der zweiten Sitzung in eine rosafarbene Fläche umwandelt. Patient hält sich für geheilt und bleibt weg. Weitere Verordnungen waren ihm nicht gegeben. — Am 10. April kehrt er in dem alten kranken Zustand wieder zurück. Er wird auf mäfsige Milchdiät gesetzt, erhält salinische Abführmittel und Arsen. Zwei weitere Sitzungen genügen aufserdem zur Beseitigung des Ausschlags. — Patient fährt in seiner Lebensweise fort. Ich habe ihn seitdem mehrmals bei stets andauernder Gesundheit wiedergesehen.

Beobachtung 12. Frau X., 41 Jahre alt. Leidet seit vielen Jahren an Arthritis der Gelenke und der Haut; seit einem Monat akutes Ekzem zwischen den Zehen; starke Röte und lebhaftes Nässen, unerträgliches Brennen. Das Ekzem sitzt augenblicklich zwischen der dritten, vierten und fünften Zehe linkerseits; die Epidermis ist hier fast gänzlich abgestofsen und wir haben eine lebhaft gerötete, glänzende, feuchte Oberfläche vor uns, die von einer weifsen, macerierten Epidermis begrenzt wird. — Nach der ersten Sitzung hören Nässen und Brennen auf; nach der dritten, d. h. nach sechs Tagen, hat die Haut ihr normales Aussehen und ihre normale Färbung wiedergewonnen.

Es ist wohl überflüssig, noch mehr Beobachtungen mitzuteilen, lauten sie doch eine fast wie die andere. Die Wirkung des hohen Wechselstroms ist immer die nämliche: die subjektiven Symptome verschwinden sehr rasch und die Heilung erfolgt nach einigen Sitzungen; wenn aber keine Allgemeinbehandlung nebenherläuft, so kehrt das Leiden einige Tage oder Wochen nach Aussetzen der Elektrisationen wieder. Die Behandlung war in allen Fällen die gleiche: Befindet sich die Dermatose in einem akuten Zustand, so setze ich die kranken Teile einer starken Durchströmung aus, indem ich entweder meine Glaselektrode direkt über sie hinwegführe, oder den Metallpinsel in solcher Entfernung von ihnen halte, dafs nur der Strom, aber kein Funken überspringt. Handelt es sich dagegen um ein altes Ekzem mit trockener Oberfläche, so besprühe ich es mit kleinen Funken, indem ich den mit dem Resonator verbundenen Metallpinsel darüber hinwegführe. Niemals aber braucht man beim Ekzem auf die mächtige revulsive Wirkung der direkten Funken

des ersten Solenoids zurückzugreifen. Ich hatte dies bei einem alten Mann mit einer grofsen und sehr alten ekzematösen Plaque an der Vorder- und Innenfläche von Fufs und Unterschenkel gethan, eben weil es sich um eine ganz torpide Form handelte. Aber die Folge war, dafs sich am nächsten Tag ein neuer Schub mit Röte und reichlichem Nässen einstellte. Die Elektrisation hat diesen Anfall dann beseitigt und in wenigen Tagen Heilung bewirkt; seitdem aber habe ich mich auf den Funken und den hochgespannten Strom des Resonators beschränkt.

Im gebe nun im Auszug die Krankengeschichte eines sehr ernsten Falles, den Herr Barthélemy mir zugeschickt hat. Es handelt sich dabei um eine Patientin, die an Lichen acutus generalisatus und an Alopecia totalis leidet. Trotzdem diese Dermatose schon sehr lange besteht, sehr schwer und sehr hartnäckig ist, so wurde sie durch mein Verfahren doch wesentlich gebessert, und hätte die Kranke die Behandlung nicht unterbrechen müssen, so wäre wohl auch völlige Heilung erfolgt.

Beobachtung 13. Frau M., 31 J. alt. Das Leiden begann vor zehn Jahren, nach Entwöhnung eines Kindes, mit einem nässenden Ausschlag an den Unterschenkeln, der erst sechs Monate bestand und sich dann in wenigen Tagen über den ganzen Körper ausbreitete. Schreckliches Jucken, das den Schlaf fast ganz behinderte. Hierzu kam im Jahre 1885 noch eine Alopecie, die erst stellenweise anfing, bald aber die ganze eine Kopfhälfte befiel. Patientin wandte sich nun nach Saint Louis und wurde zuerst von Herrn Courty, danach von Herrn Tennesson behandelt. Sie blieb drei Monate im Krankenhaus. Einpackungen in Kautschuck besserten den Zustand etwas. Diese Behandlung behält sie auch, nachdem sie nach Hause zurückgekehrt ist, ein ganzes Jahr lang bei, bis fast alles ausgeheilt war, das Jucken aufgehört hatte und die Haare wieder zu wachsen anfingen.

Im Januar 1892 bildeten sich einzelne Lichenherde; im März wird sie von neuem schwanger und während des Nährens des Kindes setzt die alte Krankheit frisch wieder ein. Zuerst zeigte sich diesmal die Alopecie, der in nicht ganz einem Monat sämtliche Körperhaare zum Opfer fielen; auch der Lichen dehnte sich aus und überzog innerhalb eines Jahres die ganze Hautoberfläche.

Zur Zeit (Juni 1894) befindet sich Patientin in einem beklagenswerten Zustand; der ganze Körper, mit Ausnahme des Gesichts, ist befallen; die Haut ist trocken, runzelig und schuppig, es besteht starke Abschuppung; in den Achselhöhlen und Kniekehlen sitzen rosafarbene, entzündete hervorragende Plaques, teils feucht, teils mit Krusten bedeckt. Auf dem ganzen Körper, namentlich aber auf Ober- und Unterschenkel lange Kratzstreifen. Ausgedehnter und gänzlicher Haarschwund. An Schlaf ist nicht zu denken; sowie die Nacht kommt, kann sie es vor Jucken nicht mehr aushalten. Erst gegen vier Uhr des Morgens schläft sie ganz erschöpft ein, wacht aber schon nach 1—2 Stunden von dem Jucken wieder auf; dasselbe ist namentlich an den Fufssohlen und in der Hohlhand unerträglich; die Epidermis ist hier verdickt, verhornt, rissig und stöfst sich stellenweise ab, wodurch dann eine stark entzündete und gerötete Cutis frei wird.

Meine Behandlung beginnt am 5. Juni mit einer Sitzung täglich. — 15. Juni. Das Jucken ist etwas geringer; die Augenwimpern wachsen wieder. Handflächen und Fufssohlen haben sich wesentlich gebessert; die alte Epidermis ist abgestofsen und die neugebildete scheint gesund zu sein. — 1. Juli. Die Nächte sind erträg-

licher, indem Patientin sich nicht mehr soviel zu kratzen braucht; ja das Jucken hört zu Zeiten ganz auf — ein Zustand, den sie schon seit Monaten nicht mehr kannte. — 4. Juli. Seit drei Tagen besteht bedeutende Besserung; die Nächte sind gut, fast ganz frei von Jucken. — 6. Juli. Fortschreitende Besserung, aber Entzündung des Tibio-tarsal-Gelenks. — 10. Juli. Die Gelenkentzündung ist wieder gewichen. Während der letzten Tage nur noch beim Auskleiden einige Minuten lang Jucken. Nirgends mehr Kratzspuren. Die Haut ist zwar noch etwas trocken und verdickt, sieht nun aber gegen früher ganz anders aus. An den Hacken ist die Epidermis noch verdickt, an den Händen dagegen normal. An der linken Stirn-Schläfen-Gegend erscheint auch bereis wieder ein leichter Haarflaum. — 20. Juli. Patientin war am 13. Juli nach Evreux gereist und verspürte beim Eintritt des Unwohlseins etwas Jucken. — 15. August. Sie kehrt in ihre Heimat zurück, da sie nur noch, wenn sie warm wird, ein leichtes Jucken an den Hacken empfindet. — 20. November. Sie kommt wegen eines leichten Rückfalls an den Oberschenkeln wieder nach Paris und reist am 25. November geheilt wieder ab. Fast der ganze Kopf ist mit jungem Haarwuchs bedeckt. — August 1896. Schwangerschaft im siebenten Monat. Seit dem dritten Monat ist das Jucken, wenn auch nicht in der alten Heftigkeit, wiedergekommen. Da ich gerade abreisen mufs, so geht sie ins Hôpital Saint Louis, auf die Abteilung des Herrn Bar. Die Haare sind ihr alle wieder ausgegangen.

Trotz der Schwere der Erkrankung hat also auch bei dieser Patientin der Pruritus nach einem Monat aufgehört und alles berechtigt zu der Annahme, dafs sie gänzlich geheilt worden wäre, wenn sie die Behandlung bis zu Ende hätte fortsetzen bezw. bei einem drohenden Rückfall wieder neu hätte beginnen können.

In einem weiteren Falle von altem und hartnäckigem Pruritus des Scrotums, des Perineums und der Aftergegend, sowie der Innenfläche der Oberschenkel mit lichenoider Verdickung der Cutis — der Fall betraf einen Kollegen, der alle Bäder und alle möglichen Behandlungsarten ohne Erfolg versucht hatte — beseitigte ich das Jucken ebenfalls innerhalb eines Monats, bei drei Sitzungen in der Woche.

Impetigo.

Beobachtung 14. R., 38 J. alt, Haemorrhoidarier, suchte mich am 5. Juni 1897 auf. Seit etwa drei Wochen hatte er an seinem rechten Nasenloch eine Kruste, die er immer abrifs und die sich immer wieder neu bildete. Seit ungefähr zehn Tagen hatte sich die Entzündung rasch ausgedehnt und auch die Oberlippe ergriffen, während gleichzeitig überall zwischen den Barthaaren zahlreiche Vesikel erschienen, die nur zum Teil getrennt blieben, zum Teil aber mit einander verschmolzen und sich mit dicken Krusten bedeckten.

Jetzt ist der ganze Schnurrbart durch eine dicke Kruste verklebt. Das Nasenloch ist gerötet, ulceriert und blutet leicht; der Bart ist voll breiter, glänzender Krusten und einzelner eiternder Pusteln. Heftiges Jucken. — 7. Juni. Jucken und Hitze hörten nach der ersten Sitzung auf; der sonstige Befund ist fast unverändert. — 9. Juni. Die Krusten trocknen ein und fangen, an abzufallen. — 15. Juni. Die einzeln stehenden Pusteln sind eingesunken und nur noch an einer leichten Hautrötung erkennbar. — 20. Juni. Nur unter der Nase besteht noch eine kleine, nicht entzündliche Kruste. Der Kranke kann als geheilt betrachtet werden. — 25. Juni. Auch diese letzte Kruste ist nun abgefallen. Vollständige Wiederherstellung.

Ich verfüge über noch weitere Fälle von solch rascher Heilung der Impetigo, aber doch nur, wie ich hinzufügen muſs, wenn es sich um frische Erkrankungen handelt. In einem veralteten Falle von Impetigo der Oberlippe dauerte es über zwei Monate, bis Heilung erfolgte. Bei einem kleinen dreijährigen Mädchen, das mit Eccema bedeckt war bei verdickter Cutis und das aufserdem am Impetigo capitis litt, erwies sich die Dermatose ganz besonders widerstandsfähig, obschon das Jucken rasch nachliefs und das Kratzen infolgedessen auch geringer wurde. Eine merkliche Besserung erhielt ich hier erst nach drei Monaten; doch hatte sich das Allgemeinbefinden schon früher gehoben; das Kind spielte wieder und hatte an Gewicht zugenommen.

Herpes zoster.

Beobachtung 15. S., Mann von 59 Jahren, kommt am 26. Juli 1893 in meine Sprechstunde. Am 21. Juli hatte er zuerst über Brust- und Rückenschmerz geklagt und am folgenden Tag war die ganze rechte Thoraxhälfte empfindlich. Am 23. Juli wurde auf dem Sternum eine rote Stelle bemerkbar, die mit kleinen Bläschen bedeckt war. Der Schmerz nimmt immer mehr zu; der Ausschlag umgreift die ganze rechte Brusthälfte. Fieber.

Status praesens. Bläschen und Blasen bedecken eine gürtelförmige Fläche von ungefähr 10 cm Breite, die von den Dornfortsätzen unter dem rechten Schulterblatt vorbei zum Brustbein zieht. Noch besteht keine Eiterung. Die Vesikel und Blasen, die fast ineinanderfliefsen, sind mit einer citronengelben Flüssigkeit gefüllt. Aufserdem gewahrt man vereinzelt violett braune Flecke, im ganzen an zwanzig, die die Gröfse eines 50 Centimes-Stückes haben, etwas eingesunken sind, sich trocken anfühlen und die man für brandige Cutis halten könnte. In der Brustbeingegend und an den vorderen Rippen besteht heftiger Schmerz.

Der Metallpinsel wird fünf Minuten lang über die kranken Teile hinweggeführt. Schon am nächsten Tage hat die Rötung bedeutend nachgelassen; die Vesikeln an der hinteren und Innenwand des Brustkorbes sind geschrumpft, sind kleiner; ihr Hintergrund ist abgeblafst, ohne Krusten und ohne Eiterung. Entzündung und Schmerz haben auch vorn auf der Brust nachgelassen, sonst ist hier aber alles noch ziemlich unverändert. Patient hat die ganze Nacht ununterbrochen geschlafen, während er es die beiden vorhergehenden Nächte kaum hatte im Bett aushalten können.

Am 30. Juli Heilung. Nur vorn sitzen noch einige Krusten; die Haut aber, die noch vor kurzem der Sitz zahlreicher Vesikel war, ist kaum mehr leicht gerötet; die Vesikel selber sind meistens geschrumpft und unter Resorption ihres Inhalts verschwunden. An den Stellen, wo sie ineinandergeflossen waren und Blasen gebildet hatten, haben sie sich in goldgelbe Krusten ohne Eiterung umgewandelt. Von den braunen Flecken sieht man nichts mehr. — Am 2. August sind auch die letzten Krusten gefallen und die Heilung ist nun eine vollkommene.

Ich verfüge noch über vier weitere fast gleiche Beobachtungen von Herpes zoster. In einem chronischen Fall, der schon zwei Monate andauerte und bei dem alle 5—6 Tage subakute Schübe eintraten, erfolgte die Heilung fast ebenso schnell. Sie hatte nur eine zehntägige Behandlung erfordert.

Furunkulose.

Beobachtung 16. B., 30 J. alt, scrophulös und schlecht genährt. Machte am 3. April 1893 eine sehr heftige Influenza mit akuter Bronchitis durch und kam dabei sehr herunter. Trotzdem nahm er am 25. April wieder seine gewohnte Beschäftigung auf. Am 2. Mai zeigte sich am rechten Handgelenk der erste Furunkel. Trotz Anwendung von Karbolöl entwickelte sich am 8. Mai am Handgelenk und am Oberarm eine Reihe von Furunkeln. Heute, am 10. Mai, gewahrt man zehn derselben in verschiedenen Stadien der Entwickelung. Daneben bestehen Lymphangitis und beträchtliche Schwellung.

Ich belasse den Vorderarm zuerst 10 Minuten in der Axe des Resonators, alsdann leite ich auf jeden Furunkel einige Funken, die von einem feinen Metalldraht ausstrahlen. Schon am 15. Mai sind die Lymphangitis und Rötung geschwunden; neue Furunkel haben sich nicht gebildet, die alten haben sich wesentlich gebessert und trocknen allmählich weg. — Nach einer zweiten Sitzung am 16. Mai, bei der ich das nämliche Verfahren einschlug, ist die Heilung in vollem Gange; nur zwei kleine Knotenöffnungen sind noch nicht vernarbt.

Akne.

Beobachtung 17. S., 25 J. alt. Das gegenwärtige Leiden begann vor zwei Jahren und hat allmählich seinen jetzigen Umfang erreicht. Das ganze Gesicht ist mit Akneknoten besetzt, die zum Teil vereitert, zum Teil mit Krusten bedeckt sind. Auf der Stirn und im Bart sind sie am zahlreichsten. Die Haut ist auf den Wangen und vor den Ohren verdickt, warzig, gerötet und mit dicken Krusten bedeckt, unter denen man mit Recht zahlreiche Akneepusteln vermutet. Patient hat sich zu verschiedenen Malen behandeln lassen und besuchte auch die Poliklinik zu Saint Louis zwei Monate lang regelmäfsig. Es ging ihm darnach freilich zuerst etwas besser, bald aber verschlimmerte der Zustand sich wieder. — Am 15. Juni 1893 kam er in meine Behandlung. Wöchentlich zwei Sitzungen. Der Metallpinsel wird über das ganze Gesicht geführt und die vereiterten Punkte werden mit längeren Funken besprüht. — 25. Juni. Nach vier Sitzungen erhebliche Besserung; ganz vereinzelt bilden sich nur noch neue Knoten; die Krusten sind fast alle gefallen und die Haut gewinnt ihre normale Färbung wieder. — Am 5. Juli ist die Heilung fast vollendet; die Plaques auf den Wangen sind von Krusten nahezu ganz gesäubert, die Haut sieht wieder rosafarben aus und die einzelnen Höcker verschwinden. Augenblicklich findet sich nur noch auf der Stirn ein vereiterter Knoten. Am 10. Juli Heilung.

Akne rosacea.

Beobachtung 18. Frau K., 25 J. alt. Vier Wochenbetten in fünf Jahren. Während jeder Schwangerschaft konfluierende Akne im ganzen Gesicht. Aufserhalb dieser Anfälle ist das Gesicht der Sitz einer disseminierten Folliculitis, die am Kinn, an den Kiefern und zu beiden Seiten der Nase besonders ausgesprochen ist. Wangen und Nase sind lebhaft gerötet und auf ihnen erheben sich violett gefärbte Knoten, wodurch die Kranke ganz entstellt wird. Bei der geringsten Einwirkung von Hitze oder Kälte und bei jeder Verdauung verschlimmert der Zustand sich noch. Als Tochter und Schwester von Ärzten hat sie verschiedene Behandlungen durchgemacht, ist auch skarifiziert und kauterisiert worden — aber alles nur mit vorübergehendem Erfolg. Dann wurde sie mir im Januar 1895 durch Herrn Barthélemy zugeschickt. Da sie aufserhalb der Stadt wohnt, kann sie nur ein- bis zweimal die Woche zu mir kommen. Doch macht sich schon in den ersten Wochen eine Besserung bemerkbar, indem die

einzelnen Schübe der Folliculitis immer seltener werden und die Knoten schrumpfen und ihre Schmerzhaftigkeit verlieren. Auch die Rötung läfst bedeutend nach und nachdem die einzelnen Sitzungen immer mehr auseinandergerückt sind, zuerst mit vierzehntägigen, später sogar nur noch mehr mit vierwöchentlichen Pausen stattfanden, kann man sie im Juni fast als gesund bezeichnen, denn es bestehen nur noch einige wenig erweiterte Gefäfse auf den Nasenflügeln und den Wangen und etliche entzündete Follikel an der Lippenkommissur. In diesem Zustand reist die Dame im Juni 1895 ins Seebad und hier beginnt eine neue sehr beschwerliche Schwangerschaft, während welcher sie das Zimmer hüten mufs. Gegen Ende dieser Schwangerschaft, im März des nächsten Jahres, bekomme ich sie wieder zu sehen; sie hat einen neuen Anfall von Akne durchgemacht, das Gesicht ist wieder rot und mit Knötchen bedeckt, aber im ganzen ist der Zustand doch lange nicht so schlimm wie im Jahr vorher. Nach einigen ziemlich weit auseinander liegenden Sitzungen bildet sich alles ziemlich leidlich wieder zurück und Patientin geht Ende Mai, wesentlich gebessert, aufs Land.

Beobachtung 19. B., Patientin von der Abteilung des Herrn Barthélemy aus Saint Lazare. Ist wegen blennorrhoischer Metritis aufgenommen. Nase, Kinn und Wangen sind lebhaft gerötet und mit einzelnen entzündeten Follikeln besetzt. Bereits nach der vierten Sitzung bedeutende Besserung, die Röte ist wesentlich geringer, entzündliche Nachschübe haben sich nicht mehr gezeigt. Nach der zehnten Sitzung ist das Gesicht wieder normal gefärbt.

Bevor ich nun auf die örtliche Tuberkulose zu sprechen komme, will ich hier einige Beobachtungen über Molluscum contagiosum, die auf der Abteilung des Herrn Barthélemy nach meiner Methode behandelt wurden, einschalten. Die Beobachtungen stammen von dem Assistenten der Abteilung, Herrn Guguière, und zeigen, dafs der hohe Wechselstrom auch bei den parasitären Hautkrankheiten wirksam ist.

Beobachtung 20. Roussel. Hat vier Elemente von Molluscum contagiosum auf dem linken Oberschenkel und zwei auf dem rechten. Erste Sitzung am 15. April. Zwei Tage später sehen die Elemente nicht mehr granuliert aus; am 25. April hat sich eines derselben in eine Folliculitis umgewandelt. — 1. Mai. Es hat sich heute Morgen ein Herpes menstrualis entwickelt, auf den der Strom geleitet wird. — 4. Mai. Der Herpes ist beseitigt. — 15. Mai. Die vier Elemente am linken Oberschenkel sind ganz geschrumpft und weggetrocknet und haben nur noch pigmentierte Stellen hinterlassen, während rechterseits das eine vereitert und das andere durch einen fibrösen Knoten ersetzt ist, auf dessen Schnittfläche man aber nicht mehr den so charakteristischen, feinkörnigen Inhalt des Molluscum, sondern ein fibröses Gewebe vorfindet.

Beobachtung 21. Guérin. Molluscum am Gesäfs. Am 4., 11., 13. und 18. Mai wird jedes Element je einige Sekunden lang durchströmt. Ein Element, das man übergangen hatte, bietet keine Veränderung, die andern sind geheilt, bis auf eins, das vereitert ist und sich in einen entzündeten Follikel umgewandelt hat.

Beobachtung 22. Peru. 19 prävulväre Elemente. Sitzungen am 15., 17., 19. und 22. Juni. Die Elemente schrumpfen schon nach der zweiten Sitzung und sind am 10. Juli, als Patientin das Krankenhaus verläfst, ganz verschwunden.

Schon diese wenigen Beispiele zeigen zur Genüge, dafs ein ausgesprochen parasitäres örtliches Leiden durch die blofse örtliche Einwirkung des hochgespannten Wechselstroms, ohne Verbrennung und ohne Verletzung der Epidermis völlig beseitigt werden kann. Findet auch

wirklich durch den überspringenden Funken eine gewisse Temperaturerhöhung statt, so ist diese doch niemals, wenn man den Resonator oder die Glaselektrode anwendet, stark genug, um, wie bei einer Verbrennung, die Farbe der Cutis zu verändern.

Dieser mit meinem Verfahren bei Molluscum contagiosum erzielte Erfolg wird nun auch die auf dem nämlichen Wege bei der Hauttuberkulose erhaltenen Besserungen nicht mehr so wunderbar erscheinen lassen.

Beobachtung 23. Am 15. November 1896 schickte mir Herr Baltzer aus seiner Abteilung einen Lupusfall, um den Einfluſs der Röntgen-Strahlen bei dieser Krankheit zu beobachten. Es handelt sich um einen Mann von 42 Jahren, bei dem der Lupus vor 15 Jahren begonnen hatte. Gesicht und Kopfhaut waren ganz davon überzogen, Nasenflügel und Augenbrauen zerstört und ulceriert. Groſse, mit Krusten bedeckte Geschwürsflächen, die eiterten und leicht bluteten, bedeckten Stirn und Kopf, kurz, die Krankheit stand auf ihrer Höhe, und nur auf den Wangen, die im vergangenen Jahr ausgeschabt und ausgebrannt waren, fanden sich reaktionslose Narben. Auſser dieser alten, groſsen Entzündungsfläche trug Patient an seinem Körper noch mehrere jüngere Herde; einen am Metacarpophalangealgelenk des rechten Zeigefingers; der Lupus umfaſste hier die Rücken- und Seitenfläche des Fingers und hatte die ungefähre Gröſse eines 2 Frcs.-Stückes. Diese Stelle wurde mit Röntgen-Strahlen behandelt und während eines Vierteljahrs wöchentlich zweimal je zehn Minuten lang mit einer Collardeauschen Röhre bestrahlt, die 5—7 cm von der Haut entfernt stand. Nun, das einzige, was ich damit erreichte, war eine groſse Phlyktäne, die sich einige Wochen später auf der Innenfläche des Daumens und dem Thenar entwickelte und die erst sehr allmählich wieder vernarbte. Der Lupus wurde aber höchstens nachteilig beeinfluſst, denn er schien eher etwas aktiver geworden zu sein.

Auſser den schon erwähnten Veränderungen hatte Patient auch zwischen den beiden Schulterblättern eine etwa vier Monate alte Plaque von runder Form und etwa Handtellergröſse, die sich in voller Entwickelung befand. Sie war mit einer dicken Kruste bedeckt, unter der teils seröser, teils blutiger Eiter in groſser Menge hervorsickerte. Unter dieser Kruste drängte sich die stark verdickte und granulierte Cutis hervor und überragte die gesunde Umgebung um ein Beträchtliches. Nur diese Plaque behandelte ich mit meinem Wechselstrom, indem ich den mit dem Resonator verbundenen Metallpinsel jeden dritten Tag fünf Minuten lang darüber hinwegführte. Bereits nach der vierten Sitzung hatten sich die Krusten gänzlich abgestoſsen und erneuerten sich auch nicht wieder; ebenso hatte auch das schmerzhafte Brennen aufgehört. Die Granulationen verminderten sich allmählich und schrumpften zusammen, so daſs die Haut ihr normales Aussehen wieder gewann. Nach dreimonatlicher Behandlung waren von der ganzen Plaque nur noch vier peripher sitzende, etwas gerötete Knötchen übrig geblieben, alles übrige war verschwunden und durch eine gesunde Epidermis ersetzt, die von der Umgebung kaum noch abstach.

In diesem Zustand verlieſs Patient das Krankenhaus und wandte sich an einen Kurpfuscher, der ihm eine unglaublich schnelle Heilung versprochen hatte. Ich habe ihn dann nicht wieder gesehen. Bemerkenswert bleibt aber immerhin, daſs dieser in voller Entwickelung stehende Lupusherd, der auf einem ganz besonders ungünstigen Boden wuchs, in einem Vierteljahr fast völlig ausgeheilt war.

Im folgenden teile ich noch einen zweiten ähnlichen Fall mit, bei dem mein Freund Barthélemy in seiner Eigenschaft als erfahrener Dermatologe Monat für Monat die Veränderungen verfolgt hat.

Beobachtung 24. Hacquard, 33 Jahre alt, Gasarbeiter. 1894 Schanker, Roseola und etwas Haarausfall. Die Syphilis scheint ordentlich behandelt worden zu sein. 1887, als er beim Militär stand, verletzte er sich die kleine Zehe und hatte zwei Monate damit zu thun. Er hatte die kleine Wunde zuerst mit Spinnwebe bedeckt und sich dadurch vermutlich eine örtliche Blutvergiftung zugezogen. Im Winter 1891 stellte sich in der nämlichen Zehe von neuem eine Entzündung ein und er liefs sich dieserhalb ins Hôpital Saint Louis aufnehmen, woselbst man Lupus diagnostizierte und ihn mit Bädern und Auskratzungen behandelte. Fast geheilt verliefs er das Krankenhaus wieder nach einem Monat. Die Heilung hielt dann nahezu ein Jahr an, worauf der Lupus alsdann allmählich wieder zunahm, besonders in den letzten fünf Monaten. Vor vier Wochen suchte er Herrn Oudin auf und liefs sich wieder ins Krankenhaus schreiben. Damals begann die Behandlung mit zwei Sitzungen wöchentlich von je 4—5 Minuten Dauer. Patient hatte keinen Schmerz dabei und giebt an, das Leiden sei schon viel besser geworden. — Ich bekomme ihn am 12. Mai zum erstenmal zu Gesicht. Kräftiger und anscheinend gesunder Mensch. Sein Leiden verrät sich sofort als eine vegetierende papillomatöse Hauttuberkulose, mit excentrisch gelagerten, entzündlich gereizten Punkten. Die kleine Zehe ist elephantiastisch verdickt und die Neubildung zieht sich längs des äufseren Fufsrandes hin, um erst zwei Finger breit vor dem Malleolus externus Halt zu machen. Die vierte Zehe zeigt auf der Höhe ihrer Rückenfläche mehrere kleine erythematöse und erodierte Stellen, die mit kleinen Krusten bedeckt sind und von einer oberflächlichen Impfung herrühren. Die dritte Zehe ist hypertrophiert und papillomatös, die zweite gewulstet. Zwischen der zweiten und ersten Zehe finden sich Hautverdickung, Vegetationen und Risse; die grofse Zehe selber ist in der Gegend des Metacarpo-Phalangealgelenks Sitz einer grofsen infiltrierten und papillomatösen Plaque. An der Innenfläche des Fufses sitzt ein grofser dorthin verimpfter Herd, ein kleinerer an der Fufssohle, der denjenigen an der kleinen Zehe fast erreicht. Vor der Behandlung näfsten alle diese Neubildungen nach Angabe des Patienten sehr stark, jetzt dagegen sind sie trocken und die Geschwülste scheinen sich zurückzubilden.

12. Juni. Eine bedeutende Besserung ist unverkennbar. Die Tuberkel sind kleiner, trocken, ohne Wachstum, ohne Röte, ohne Schmerz, besonders längs des Fufsrandes. Auch auf den Zehen gewahrt man die nämliche günstige Veränderung, überall hat die Tuberkulose ihren fortschreitenden Charakter eingebüfst. Die Granulationen sind flacher und die Papillome fast ganz geschwunden, nur an einzelnen Punkten, so z. B. zwischen den Zehen, sind sie noch vorhanden. Überall aber bemerkt man eine Abflachung und die Geschwulstmassen sehen zum gröfsten Teil schon wieder glatt aus. Die Papillome sind trocken und nässen nur noch, wenn Patient mal eine ganze Woche lang ohne Behandlung bleibt. Dann stellt sich freilich auch das Jucken wieder ein und er hat dann das Gefühl, als ob der akute Zustand wiederkehren würde, wenn die Behandlung noch länger unterbrochen würde. Das Elektrisieren wird im ganzen gut vertragen, wenn auch einzelne Punkte empfindlicher sind als der übrige Teil. Mehrere Stunden nach der Sitzung hat er jedesmal noch ein Gefühl von Brennen, aber am nächsten Morgen ist immer eine Besserung bemerkbar.

4. Juli. Die Heilung macht immer mehr Fortschritte; Geschwüre und Knoten sind nicht mehr vorhanden. Alles ist jetzt glatt und trocken. Die einzelnen Höcker stehen weit auseinander, sind trocken, flach, geschrumpft und nicht mehr entzündet. Der ganze Prozefs ist deutlich in Rückbildung begriffen. Die Rückenfläche der zweiten Zehe, die ulceriert und mit Wucherungen bedeckt war, scheint geheilt. Zwischen der ersten und zweiten Zehe sitzen wohl noch einige kleine, trockene Knötchen, sie sind aber nicht mehr entzündet und bereits wieder mit Epidermis über-

kleidet. Anderwärts, wo mächtige Granulationen saſsen, gewahrt man jetzt eine harte, flache Epidermis, wie beim Hühnerauge. Dieselbe läſst sich mit der Curette nicht abschaben, ich muſs sie mit dem Messer entfernen. — Patient soll Ende Oktober wieder zu mir kommen.

Diesen Fall habe ich deshalb so ausführlich wiedergegeben, weil er ein besonderes Interesse darbietet; denn es handelte sich hier um eine Lupusform, die als ganz besonders bösartig bekannt ist und die diesmal einen sehr raschen Verlauf hatte, da sie in nur vier Monaten den beschriebenen Umfang erreicht hatte. Ein weiteres Fortschreiten hörte sofort mit dem Beginn der Behandlung auf; Jucken und Brennen lieſsen nach und Patient scheint sich auf dem besten Wege zur Heilung zu befinden. Wohl kaum ein anderer Fall zeigt besser, was mein Verfahren bei den Hautkrankheiten zu leisten vermag.

Zum Schluſs seien mir noch einige Bemerkungen über die Einwirkung des Wechselstroms auf die Schleimhäute gestattet. Diese Untersuchungen sind jüngeren Datums und erstrecken sich einstweilen erst auf zwei Formen: auf die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums und auf den blennorrhoischen Katarrh des Collum uteri.

Über die Einwirkung auf die adenoiden Vegetationen hat Herr Gouguenheim, der so liebenswürdig war, mir die betreffenden Personen zuzuschicken und dieselben gleichzeitig weiter zu beobachten, einige Aufzeichnungen gemacht, die ich einfach hierhersetzen will.

Beobachtung 25. Frl. H., 18 Jahre alt. Leidet seit ihrer Kindheit häufig an Kopfschmerzen, Halsentzündung, Atembeschwerden. Schläft mit offenem Munde, schnarcht, hat eine näselnde Stimme und eine breite Nasenwurzel. Vor zwei Jahren Nasenduschen von Salzwasser. Letztes Jahr wurde die Nase zehnmal mit dem Galvanokauter ausgebrannt, was aber nur einen vorübergehenden Erfolg hatte. Beginn der Behandlung am 5. Januar. In den ersten 14 Tagen je drei Sitzungen wöchentlich, dann zwei während sechs Wochen und schliefslich bis Ende Mai jede Woche eine Sitzung. Schon nach den ersten 14 Tagen ist eine Besserung zu erkennen; dieselbe nimmt immer mehr zu und jetzt sind alle subjektiven Beschwerden geschwunden, Patientin fühlt sich vollkommen wohl.

Von Herrn Gouguenheim, der die Kranke mehrmals zu verschiedenen Zeiten untersucht hat, stammen die folgenden Aufzeichnungen:

26. Januar 1897. Nach der fünften Sitzung: Die Geschwülste im Nasenrachenraum sind noch unverändert. Setzen Sie aber bitte die Behandlung noch fort, da Patientin sich subjektiv besser fühlt.

27. Februar. Die Masse der adenoiden Vegetationen hat etwas abgenommen.

4. Mai. Der Kranken geht es gut. Die Symptome haben nachgelaſsen und die Vegetationen sind eingetrocknet.

Die Behandlung wurde unterbrochen. Ich habe die Patientin am 17. Juli wiedergesehen; sie befand sich vollkommen wohl.

Beobachtung 26. C., 25 Jahre alt. War als Kind immer kränklich, litt vielfach an Schnupfen und Nasenbluten und beständig an Kopfschmerzen, die immer an der Nasenwurzel anfingen. Wurde in Brüssel zwei Jahre lang mit Salzwasser-Ausspritzungen, mit Cocain und Kauterisationen behandelt, was immer nur mäſsigen

Erfolg hatte. Mit 17 Jahren kommt er nach Paris und Herr Gouguenheim kratzt ihm den Nasenrachenraum aus. Darnach fast vollständige Heilung, die fünf Jahre lang anhält. Seit zwei Jahren Rückfall; Kopf- und Halsschmerzen, Gesichtsstörungen, Schnupfen. Da der Zustand sich immer mehr verschlimmert, so kommt er am 20. Mai in meine Behandlung.

Bereits nach den ersten Sitzungen lassen die subjektiven Beschwerden bedeutend nach. Die Kopfschmerzen sind seit drei Monaten ganz geschwunden, während sie ihn früher mindestens an drei Tagen in jeder Woche am Arbeiten verhinderten. (Er ist Bijouteriearbeiter.) Auch die Halsschmerzen haben nachgelassen. — Am 7. Juli schreibt mir Herr Gouguenheim: Die adenoiden Vegetationen sind wesentlich geringer. — Es hatten wöchentlich zwei Sitzungen stattgefunden. Heute betrachtet Patient sich als geheilt.

Beobachtung 27. Mädchen von 9 Jahren. Hals und Nasenrachenraum sind durch zahlreiche Wucherungen verstopft. Die Sprache ist näselnd. Die Nasenwurzel ist stark verbreitert. Das Kind kann fast garnicht durch die Nase atmen. Die Lippen springen hervor, der Mund steht halb offen, der Gesichtsausdruck ist blöde.

Am 5. April beginnt die Behandlung mit zwei Sitzungen wöchentlich. Am 1. Juli sieht das Mädchen ganz verändert aus. Sie hält den Mund jetzt geschlossen, atmet leicht durch die Nase, schnarcht nicht mehr und spricht nicht mehr mit näselnder Stimme. Dr. Gouguenheim bemerkt am 25. Juni: Wesentliche Besserung; die Wucherungen sind zum Teil geschrumpft.

Bei diesen beiden Patienten habe ich zwei Glaselektroden verwandt, von denen die eine fast rechtwinklig gebogen war, so dafs ich sie bequem hinter das Gaumensegel und in den Nasenrachenraum bringen konnte. Die andere Elektrode hatte Sondenform und war für die Nase bestimmt. Jede wirkte 2— 3 Minuten lang auf die kranken Teile ein.

Selbstverständlich bin ich weit davon entfernt, diese Behandlung als die beste darzustellen; mit der Auskratzung wird man gewifs immer schneller zum Ziele gelangen; aber meine beiden Fälle zeigen doch, dafs der Wechselstrom auch bei diesen Erkrankungen örtlich wirksam ist, so dafs man ihn z. B. bei Blutern oder bei ganz besonders ängstlichen Individuen sehr wohl verwenden könnte.

Zur Behandlung des blennorrhoischen Katarrhs lieferte die Abteilung des Herrn Barthélemy zu St. Lazare das Material. Der Assistent Herr Gagnières übernahm die Nachprüfung. Wie immer, so habe ich auch hier meine eigene Beobachtung der spezialistischen Erfahrung untergeordnet.

Beobachtung 28. Roussel Anna. Saal 17. Blennorrhagie des Collum uteri. Muttermund halb geöffnet, verzerrt, hart, mit Erosionen und Einrissen. — Erste Sitzung am 15. April, die sehr gut vertragen wird. Zweite Sitzung am 17. April. — 22. April. Der Ausfluſs ist noch immer sehr reichlich, zäh, schleimig-eitrig, doch ist der Muttermund weniger gerötet und es scheint, als ob die Erosionen sich vernarben wollten. — Entfernung eines kleinen fungösen Papilloms zwischen den beiden Muttermundslippen, an der rechten Kommissur. Das Gewebe blutet beim Durchschneiden leicht und reichlich. — Es fanden dann noch weitere Sitzungen statt am 29. April, 4., 11., 13., 15., 18., 22. und 25. Mai.

Am 25. Mai ist der Muttermund ganz geheilt und am 29. Mai verläfst

Patientin das Krankenhaus. Die Heilung war also nach 12 Sitzungen von je 3—4 Minuten Dauer erfolgt.

Beobachtung 29. Bannu. Saal 3. Fungöses, leicht blutendes Geschwür am Collum; am Muttermund alte Risse. — Diese Kranke wird noch weiter behandelt, sie ist aber schon fast vollkommen geheilt. — Acht Sitzungen, die erste am 22. Juni, die letzte am 17. Juli.

Beobachtung 30. Poison. Saal 17. Zwei Frcs.-Stück grofses Geschwür am Muttermund, das sich in den Cervixkanal hineinzieht, granuliert, schon mehr polypenartig aussieht und namentlich an der Vorderlippe blutet. Starker eitriger Ausfluſs. Erste Sitzung am 15. Juni. Patientin hat seit März 1897 ihr Unwohlsein nicht gehabt und ist seit mehreren Monaten amennorrhoisch. Schwangerschaft liegt nicht vor. — 17. Juni. Nach der ersten Sitzung trat das Unwohlsein ein. — 22. Juni. Nach einer Sitzung am 19. Juni ist schon bemerkenswerte Besserung erfolgt. Am 17. Juli, nach acht Sitzungen, ist die Heilung im vollen Gange; die Besserung hat schon bedeutende Fortschritte gemacht; die Behandlung wird noch fortgesetzt.

Beobachtung 31. Rousseau. Saal 2. Kleines blennorrhoisches Geschwür am Collum, mit leichter Erosion der hinteren Lippe. Heilung nach drei Sitzungen von je drei Minuten Dauer am 15., 18. und 20. Mai.

Beobachtung 32. Besse. Saal 3. Fungöses, blutendes Geschwür am Collum im Verlauf einer Endometritis blennorrhoica. Heilung nach 7 Sitzungen, die erste am 5. Juni, die letzte am 3. Juli.

Beobachtung 33. Jomard. Saal 17. Geschwüre und Risse am Collum. Der Muttermund ist halb geöffnet und blutet; die Urethra ist infiziert. — Diese Kranke, die sich zur Zeit noch in Behandlung befindet, ist nach 9 Sitzungen fast ganz geheilt. Die erste Sitzung hatte am 15. Juni, die letzte am 17. Juli statt.

Beobachtung 34. Réjaldy Louise. Saal 3. Syphilis. Die Mandeln vergröfsert und gerötet, die linke aufserdem fungös, hypertrophiert und Sitz einer opalen Plaque.

1. Mai. Sitzung von 2 Minuten Dauer.
4. „ „ „ 2 „ „
11. „ „ „ 3—4 „ „
15. „ „ „ „ „ „ Die Mandeln sind deutlich kleiner, blasser und glatter geworden.
18. „ Sitzung von 3 Minuten Dauer.
22. „ „ „ „ „ „ Die linke Mandel noch etwas vergröfsert.
8. Juni. Sitzung.
14. „ Heilung. Patientin verläfst das Krankenhaus.

In allen diesen Fällen erfolgte ohne sonstige Behandlung rasche Heilung und die Patienten konnten schon nach Ablauf eines Drittels der Zeit, die sonst zu ihrer Wiederherstellung erforderlich war, geheilt entlassen werden.

Schlufssätze.

Die hochgespannten Ströme können mit Erfolg bei den Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute verwandt werden, indem man sie, wie ich angegeben habe, auf den Locus morbi unmittelbar einwirken läfst.

Sie sind von mächtigem Einfluſs auf die Nervenendigungen, was durch die Beseitigung des Juckens sowie durch die rasche Heilung von Trophoneurosen und Herpes zoster bewiesen wird.

Sie äufsern ferner eine gifttötende Wirkung, was sowohl aus den Laboratoriumsversuchen, wie auch der klinischen Erfahrung hervorgeht, indem die krankhaften Symptome des Arthritismus rasch wegschmelzen.

Auch eine keimtötende Kraft läfst sich ihnen nicht absprechen, wenigstens halte ich meine Heilungen des Lupus, des Molluscum contagiosum, sowie des blennorrhoischen Katarrhs des Collum uteri als beweisend dafür.

Sie bilden schliefslich eine neue Form der Umsetzung von Elektricität in Licht und dürfen einen ebenbürtigen Platz neben den anderen physikalischen Heilmethoden beanspruchen.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Station für Geschlechtskranke der Stadt Berlin im Städt. Obdach (unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Behrend).

Zur Symptomatologie der Stomatitis mercurialis.

Von

Dr. Ernst Levin,
Assistenzarzt der Station.

Im folgenden möchte ich kurz über einen Fall von merkurieller Stomatitis berichten, welcher durch seine Lokalisation bemerkenswert ist.

Die Patientin, die 30jährige Köchin W., wurde seit dem 21. November 1897 wegen nässender Papeln in der Afterfalte mit Einreibungen behandelt. Am 11. Dezember, nach der 20. Einreibung von je 3 g zeigte sich eine Stomatitis mäfsigen Grades am Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers; die Schmierkur wurde deshalb unterbrochen und die erkrankte Schleimhaut mit Wasserstoffsuperoxyd bepinselt.

Während in den nächsten Tagen der Verlauf dem bei der merkuriellen Stomatitis gewöhnlich beobachteten glich, bot sich am 17. Dezember plötzlich ein sehr eigenartiges Bild dar. Zu den üblichen, in Schwellung der Zunge, Schwellung, Auflockerung und geschwürigem Zerfall des Zahnfleisches, Ulceration der Wangenschleimhaut an den den letzten Molares gegenüberliegenden Abschnitten bestehenden Erscheinungen gesellte sich eine aufserordentlich ausgebreitete geschwürige Affektion des im ganzen etwas geschwollenen weichen Gaumens.

Das Geschwür nahm fast die ganze Fläche desselben ein; es erstreckte sich nach vorn bis an die Grenze des harten Gaumens, wo es mit einer

scharfen Linie endete, nach rechts bis auf den Winkel der Gaumenbögen, griff nach hinten auf die Basis der Uvula über, während es linkerseits nicht ganz bis an die Gaumenbögen heranreichte. Dasselbe war von einem dicken gelblichem Eiterbelag bedeckt und von einem schmalen dunkelroten Saum scharf begrenzt, der sich sehr deutlich von der übrigen blafsroten Schleimhaut abhob.

Es ist eine zuweilen zu beobachtende Thatsache, dafs selbst während der merkuriellen Behandlung neue Manifestationen der Syphilis, namentlich an der Schleimhaut der Mundhöhle auftreten. Von einer solchen konnte jedoch im vorliegenden Falle nicht die Rede sein, da die klinischen Symptome dagegen sprachen: das Geschwür zeigte nicht den schmutziggrauen, durch Gewebszerfall bedingten Belag auf seinem Grunde, der für die zerfallene Syphilispapel charakteristisch ist, sondern stimmte vielmehr durch den gelben eiterigen Belag mit den Erscheinungen der stomatitischen Geschwüre überein. Aufserdem mufste auch der rote Saum, welcher das Geschwür umrahmte, schon gegen die Diagnose der zerfallenen Syphilispapel sprechen, ganz abgesehen davon, dafs die nicht merkurielle Lokalbehandlung allein in kurzer Zeit zur Heilung desselben führte.

Die Erscheinungen der merkuriellen Stomatitis beginnen, wie allgemein bekannt, mit einer Rötung der Umschlagsfalte der Schleimhaut der Unterlippe, zu der sich im weiteren Verlaufe Rötung und Schwellung des Zahnfleisches am Unterkiefer hinzugesellt. Ein Zerfall der entzündlich geschwollenen und aufgelockerten Schleimhaut kommt nur an denjenigen Stellen zu stande, an welchen ein dauernder Reiz harter Gegenstände einwirkt. Für das Zahnfleisch des Unterkiefers, welches gewöhnlich nur von der Lippe berührt wird, wird dieser Reiz durch die Speisen bedingt; an den Zungenrändern und an der Mundschleimhaut üben die Zähne den zum geschwürigen Zerfall führenden Reiz aus. Welche Ursache für die Geschwürsbildung im vorliegenden Falle mafsgebend war, läfst sich nicht nachweisen.

Die Heilung des Geschwürs erfolgte gleichzeitig mit der Heilung der übrigen stomatitischen Erscheinungen in neun Tagen, indem sich der Belag vom Rande her abstiefs und die Geschwürsfläche sich in gleichem Schritte mit neugebildeter Schleimhaut überkleidete.

Nachtrag.

Inzwischen ist ein zweiter Fall eines am Gaumen lokalisierten merkuriellen Geschwüres zu unserer Beobachtung gelangt. Dasselbe trat bei der 19jährigen Prostituierten F. nach der 28. Einreibung auf, nachdem die Schmierkur schon einige Tage zuvor wegen starker Salivation, Schwellung des Zahnfleisches und der Zunge, sowie Erosionen an den Zungenrändern unterbrochen worden war. Die syphilitischen Erscheinungen

waren zu dieser Zeit völlig geschwunden. In seiner äufseren Erscheinung glich das Geschwür völlig dem vorher beschriebenen. Es war von länglich runder Form, safs an der rechten Seite des harten Gaumens dicht am Processus alveolaris, griff nach hinten noch etwas auf den weichen Gaumen über und mafs in sagittaler Richtung ca. 3 cm, in transversaler ca. $1^1/_2$ cm. Die Heilung erfolgte auch hier in wenigen Tagen unter rein lokaler Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd.

Nachwort zu meinem Aufsatze „Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung".

Vom

Dr. Iwan Bloch-Berlin.

Am 19. Januar hielt G. Behrend in der Berliner Medizinischen Gesellschaft einen Vortrag über „die Blennorrhoe-Behandlung der Prostituierten", der mir eine hohe symptomatische Bedeutung für das endliche Sichtbarwerden eines kritischen Geistes bei der Beurteilung der Aufgaben und Aussichten der Blennorrhoe-Therapie zu haben scheint. An diesen Vortrag schlofs sich eine noch fortzusetzende Diskussion, deren wesentlicher Inhalt am besten so bezeichnet werden kann: es war ein Kampf um den Gonococcus als Grundlage für Diagnose und Therapie der Blennorrhoe. Während Behrend in einer genau meiner Auffassung entsprechenden Weise mit scharfen Worten die Bestrebungen einer den Gonococcus zum Mittelpunkt machenden Therapie verurteilte und Broese, gemäfs seiner früheren Arbeit („Ätiologie, Diagnose, Therapie der weiblichen Blennorrhoe", *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893) sich diesem Votum anschlofs, gipfelte Buschkes Erwiderung in einer lebhaften Verteidigung des Gonococcus als eigentlichen Angriffspunktes der Therapie und als sichersten diagnostischen Merkmales einer bestehenden Blennorrhoe. — Diese letztere Eigenschaft lasse ich bei Seite, da ich sie auch in meinem Aufsatze nicht berührt habe und da ich glaube, dafs der Gonococcus immer bei der Feststellung eines Trippers die wichtigste Rolle spielen wird. Aber in therapeutischer Beziehung laufen wir nach meiner schon dargelegten Meinung Gefahr, einer unheilvollen Verwirrung der Begriffe anheimzufallen, und, wenn die Produktion sogenannter spezifisch antibakterieller Mittel sich auf der bisherigen quantitativen Höhe hält, den festen Grund gesunder therapeutischer Anschauung und Methodik unter den Füfsen zu verlieren. Gonococcus und Blennorrhoe sind grundverschiedene Dinge. Wir behandeln die Blennorrhoe, noch mehr den an Blennorrhoe Erkrankten. Wir brauchen keine

Mittel, welche die Gonokokken als solche töten, sondern wir müssen in ihrem ganzen Umfange diejenigen therapeutischen und hygienisch-diätetischen Methoden anwenden, welche den vorhandenen und mehr als man glaubt wirksamen Heiltendenzen des Organismus zu Hülfe kommen. — Die grundsätzliche Anschauung, dafs die Therapie in den antibakteriellen Mafsnahmen gipfele, ist zu bekämpfen, selbst wenn sie von so autoritativem Munde ausgesprochen wird wie dem Neissers. Sein „Plan der Gonokokken-Behandlung (sic!) und Prophylaxis ist also der, die auf die Schleimhaut gelangten Krankheitserreger so rasch als möglich abzutöten" („Zur Behandlung der akuten Gonorrhoe", *Dermatol. Centralbl.* No. 1). Unser Plan läuft nicht auf „Gonokokken-Behandlung" hinaus (dies Wort bezeichnet klipp und klar die Anschauung der Breslauer Schule), sondern darauf, die Blennorrhoe als solche so rasch als möglich zu heilen. Man sieht, dafs hier die Verschiedenheit des Standpunktes von grundlegender Bedeutung ist. Die Mittel können schliefslich bisweilen, aber nur bisweilen, in beiden Fällen zum Ziele führen. Denn es giebt eine Anzahl so leichter und schnell vorübergehender Blennorrhoen, dafs die Wahl des therapeutischen Vorgehens gänzlich gleichgültig ist. Aber die grofse Mehrzahl der Tripper verlangt einen bestimmten und prinzipiellen Standpunkt, von dem aus man ihre Behandlung in Angriff nimmt. Wenn also Neisser in Verfolgung seiner Idee, die Gonokokken möglichst rasch abzutöten, mit lauter Stimme proklamiert: „In allen Fällen sofortiger Beginn der Injektionen", so glaube ich, dafs mit diesem Vorgehen sehr häufig das Gegenteil des Beabsichtigten erreicht werden wird: Steigerung der entzündlichen Erscheinungen und der eitrigen Sekretion. Jeder Kollege wird das bestätigen. Nicht minder unheilvoll kann manchmal der etwa ausgeführte Vorschlag Neissers werden, die „antibakterielle Behandlung recht lange, sogar scheinbar überflüssig lange" durchzuführen. Es müssen recht derbe Schleimhäute sein, die eine so überflüssig lange Behandlung vertragen. Meist reagieren sie sehr heftig darauf! Diese überflüssig lange Behandlung macht mich etwas mifstrauisch gerade gegen die „antibakterielle" Wirksamkeit solcher Mittel. Es ist kein Zufall, dafs in der Breslauer Schule nur sehr wenig mehr die Rede ist von einer allgemeinen Behandlung des Trippers durch diätetische, antiphlogistische und medikamentöse Mittel. Sie kultiviert eine durchaus einseitige Richtung, die Unerfüllbares verspricht. — Nichts liegt dem Verfasser dieser Zeilen ferner, als die grofsen und nie genug anzuerkennenden Verdienste Neissers schmälern zu wollen. Aber die ernsthafte Bemühung, ein vielerörtertes wissenschaftliches Thema sine ira et studio klarzulegen und einseitigen Anschauungen entgegenzutreten, ist jedem erlaubt, auch wenn er keine Autorität ist.

Aus der Praxis.

Formalin und Paraform.

Von

P. G. Unna.

Unmittelbar nach den Veröffentlichungen von Blum und Hauser (1893) über Formalin und dessen besondere Eigenschaft, Leim unlöslich zu machen, versuchte ich, das Mittel in der dermatologischen Praxis zu verwerten.

Es war ein altes Desiderat, den Zinkleim auch an stark schwitzender Haut, in den Kontaktstellen, bei Intertrigo anwenden zu können, da derselbe hier bald nach dem Aufpinseln wieder erweicht und allmählich aufgelöst wird. In der That kann man die Zinkleimdecke durch Formalin härten und wasserunlöslich machen. Aber die Anwendung in der Praxis scheiterte an dem Umstande, dafs die Aufpinselung von Formalin auf allen intertriginösen und ekzematösen Oberflächen ein äufserst schmerzhafter Eingriff ist. Auch bei Aufpinselung desselben auf die Leimoberfläche wird sofort über Schmerzen geklagt.[1]

Aus demselben Grunde eignete sich das Formalin ebensowenig, um die nach dem Prinzip von Engmann und mir[2] hergestellten Hautschienen und Gesichtsmasken durch Gerbung der Gelatine wasserdicht zu machen; wenigstens war die Anwendung solcher Masken, wo sie hauptsächlich in Frage kommen, bei Lupus, Ulerythema centrifugum, Lepra, hartnäckigen chronischen Ekzemen, ausgeschlossen.

Ich ging dann dazu über, die Formalinlösung als Ätzmittel bei Carcinom, Lupus, spitzen Kondylomen, Ulcus cruris zu gebrauchen. Hier überrascht zunächst die saubere Abtötung des kranken Hautbezirkes, die Trockenheit und Geruchlosigkeit des entstehenden nekrotischen Schorfes, der jedes weitere Verbandmittel unnötig macht. Bald aber merkt man, dafs die Demarkation und Abstofsung des Schorfes sich ungewöhnlich lange hinauszieht und dafs man nach einer Formalinätzung geraume Zeit

---

[1] Man erreicht diesen Zweck nach meiner Erfahrung nur auf folgende Weise: Die übermäfsig feuchte oder intertriginöse Haut wird mit Tanninpulver, z. B. Amyli, Tannini ā, eingerieben und dann eingeleimt. Im selben Mafse, wie sich unter der Leimdecke wieder Feuchtigkeit ansammelt, wird dann das Tannin gelöst, diffundiert in die Leimdecke und macht dieselbe wasserdicht. Auch für die Tropen kann man auf diese Weise den Zinkleim verwendbar machen.

[2] Engmann und Unna, Über Hautschienen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVII, pag. 481.

zu absoluter Unthätigkeit verdammt ist. Wo mithin noch andere Aufgaben zu erfüllen sind als die einfache Ätzung oder wo diese öfter wiederholt werden muſs, insbesondere beim Ulcus cruris und Lupus, ist die Formalinätzung unpraktisch; sie verzögert nur die Heilung und kann mit unseren bisherigen Ätzmitteln nicht konkurrieren. Sie ist nur dort indiziert, wo entweder eine einmalige Ätzung genügt oder die Beseitigung des Schorfes garnicht in unserer Absicht liegt, sondern nur die Trockenlegung, Desodorisation und Mumifikation, wie z. B. bei inoperablen Carcinomen.

Auſser zu diesem letzteren Zwecke hat sich das Formaldehyd in meiner Praxis zur Verätzung kleiner, benigner Hautgeschwülste, besonders wenn diese gestielt sind, eingebürgert und zwar in der praktischen Form eines 5%igen Paraformkollodiums. Das polymerisierte Formaldehyd, das Paraformaldehyd, oder kurzweg: Paraform[8] ist auch in Kollodium unlöslich, aber aus der Mischung dunstet langsam Formaldehyd ab, in genügender Menge, um nekrotisierende Wirkungen zu entfalten. Der Kollodiumfirniſs gestattet eine schärfere Begrenzung der letzteren und ist äuſserst bequem in der Anwendung. Da auſserdem die Wirkung nur milde ist und allmählich eintritt, so kann man diese nach Bedürfnis zu wiederholenden Pinselungen dem Patienten selbst überlassen.

Das Paraformkollodium ist aus diesen Gründen empfehlenswert bei kleinen, weichen Protuberanzen, wie bei spitzen Kondylomen, weichen und molluskoiden Naevi. Hier pflegt sich die nekrotisierende Wirkung genau mit dem Krankhaften zu begrenzen. Man überläſst die vertrocknete und verkleinerte Geschwulst dem spontanen Abfall.

Für die Naevi haben wir in der Ätzung mit rauchender Salpetersäure und in dem Mikrobrenner, für einzelne Kondylome im scharfen Löffel ebenso prompt wirkende Mittel. Aber für ausgedehnte, unablässig wiederwachsende Kondylomfelder der Genitalien und des Afters tritt das Paraformkollodium als ein bedeutender Konkurrent neben die Höllenstein-, Resorcin- und Salicylätzung, die Arsen-Quecksilber-Salben und -Pflaster und selbst den Paquelin. Was das Paraformkollodium vor diesen bewährten Mitteln voraus hat, ist der Umstand, daſs es die Kondylome und ihre Umgebung während der Nekrotisierung trocken hält. Diesen Umstand halte ich für so wichtig bei der Bekämpfung von Kondylomfeldern, daſs ich sonst neben den Ätzungen für solche Fälle stets noch ein scharf austrocknendes Mittel, wie Zinkschwefelpaste, und mit bestem Erfolg nebenher verordnete.

Man hat das Formalin von vielen Seiten und mit Recht gegen Hyper- und Osmidrosis empfohlen. Ich habe es gegen diese Leiden, insbesondere

[8] Dasselbe wurde mir von Merck (Darmstadt) geliefert.

gegen Osmidrosis axillaris vielfach angewandt, in Form von Wischwässern und Kühlsalben:

Adipis lanae	20,0,
Sol. Formalini	10,0—20,0,
Vaselini	10,0.

M.

Die augenblickliche Wirkung ist in der That sowohl in Bezug auf den Geruch wie die übermäfsige Feuchtigkeit evident. Jedoch kommt eine radikale Heilung nur selten zu stande; bei der Hyperidrosis der Hände habe ich eine solche niemals beobachtet. Um wenigstens die palliative Wirkung andauernd und bequem erzeugen zu können, habe ich seit einem Jahre von der Firma Th. Douglas eine 5%ige, überfettete Formalinseife herstellen lassen. Dieselbe ist zu ständigem Gebrauch bei Osmidrosis und auch bei Hyperidrosis empfehlenswert; besonders aber auch zum Reinigen der Hände nach Beschäftigung mit putriden Stoffen, nach Sektionen etc.

Erwähnen möchte ich schliefslich noch eine kleine praktische Anwendung des Formalins, die ich bisher nicht erwähnt gefunden habe. Vielen Menschen ist der Geruch des denaturierten Spiritus in hohem Grade unangenehm, Übelkeit und Kopfweh erregend. Wenn man denselben mit 2—20% der gewöhnlichen Formalinlösung versetzt, so brennt er noch gut, riecht auch wie gewöhnlich, verbreitet jedoch beim Verbrennen nicht mehr den bekannten Pyridingeruch. Er ist, soweit das Geruchsorgan in Betracht kommt, wieder naturalisiert. Diese kleine Verbesserung mag manchem im Hause wie im Laboratorium willkommen sein.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Januar 1898.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Ostreicher berichtet, dafs seine letzthin vorgestellte Patientin mit der eigentümlichen gangränösen Schorfbildung auf der rechten Backe im weiteren Verlaufe der Beobachtung typische Impetigopusteln gezeigt habe; es habe also hier nichts anderes vorgelegen als der ungewöhnliche **Ausgang einer Impetigo contagiosa in oberflächliche Gangrän.**

Herr Blaschko stellt eine Frau von einigen dreifsig Jahren vor, welche am ganzen Körper mit einer so grofsen Anzahl kleiner und kleinster **Angiome** bedeckt ist, wie er es sonst noch nicht gesehen hat. Auf beiden Seiten der Brust sitzen sie

zu hunderten und tausenden, sodafs die beiden Mammae wie mit Blut bespritzt aussehen. Auch im Gesicht zeigen sie sich bereits hier und da. Begonnen hat die Affektion vor 16 Jahren im Anschlufs an die erste Schwangerschaft. Damals hat die Frau starke Varicen an den Beinen und den Labien bekommen und in der Nachbarschaft dieser Varicen haben sich an den Genitalien die ersten dieser multiplen Angiome gezeigt. Mit grofser Wahrscheinlichkeit mufs man daher diese Varicen für die Angiombildung in ätiologischer Beziehung verantwortlich machen. Die Frage, ob es sich nicht überhaupt um kapillare Varicen und nicht um Angiome, also um Ektasien und nicht um Neubildung von Gefäfsen handelt, ist bei der Kleinheit der Objekte nicht zu entscheiden, auch nicht durch die mikroskopische Untersuchung, die hier freilich noch nicht gemacht ist. Wenn auch der Ausgang von den Varicen auffallend ist, so spricht doch andererseits die excessive Metastasierung mehr für Neubildungen. Die Frau hat sieben Entbindungen durchgemacht und ist sonst ganz gesund.

Herr Lion stellt eine 40jährige Frau vor, welche für ihr Alter ungewöhnlich dekrepide und welk erscheint. Sie giebt an, schon seit ihrer Jugend zahlreiche Warzen auf dem Körper gehabt zu haben; jetzt ist der ganze Rumpf mit solchen Gebilden übersät. Aufserdem zeigt sie auf der linken Brustseite einen markstückgrofsen Naevus. Bei näherer Untersuchung stellte sich nun heraus, dafs ein Teil dieser warzigen Gebilde eine Delle und einen eigentümlichen metallischen Glanz hatten und dafs hier und da zwischen den gröfseren Efflorescenzen richtige Lichenknötchen safsen. Die Patientin ist nun mit Karbolsublimatsalbe und innerlich mit Arsen behandelt worden und es hat sich nach fünfmonatlicher Behandlung ein deutlicher Rückgang der Warzen und Knötchen herausgestellt. Es handelt sich also hier offenbar um eine **Warzenbildung auf Grundlage eines Lichen ruber planus**; gewöhnliche Warzen würden sich so schnell nicht involvieren.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Buschke (*Monatsh. f. prakt. Derm.* XXVI No. 1, S. 37): Herr Karewski tritt als Chirurg selbstverständlich im allgemeinen für die Radikaloperation des Lupus ein, giebt jedoch hierbei drei Gesichtspunkte zu erwägen: 1. wie weit man überhaupt in den einzelnen Fällen operativ vorgehen kann, 2. welche Dauerresultate und 3. welche kosmetischen Effekte man erzielt. Was den ersten Punkt anbetrifft, so sind oft gerade solche Fälle, welche der palliativen Therapie den gröfsten Widerstand entgegensetzen, auch für die Excision ungeeignet. Man ist in solchen Fällen, wenn es sich z. B. um ausgedehnte Gesichtslupi mit Übergreifen auf die Schleimhäute handelt, kaum im stande, alles so radikal zu entfernen, dafs man einerseits durch die Plastik den Defekt decken und ein ansehnliches Gesicht wieder herstellen kann, andererseits vor Recidiven in den transplantierten Lappen sicher ist, denn oft genug ist eine neue Nase nach kurzer Zeit durch Lupus zerfallen. Für solche Fälle hält Vortragender es für ratsamer, erst den Lupus durch Ausbrennen oder durch das Heifsluftverfahren nach Holländer zu zerstören und dann erst die Operation zu machen. Rechnet man auf radikale Heilung, so mufs man gänzlich im Gesunden operieren, d. h. eine Zone von mehreren Centimetern rings um den Krankheitsherd sowie die Fascie unter der Haut mit fortnehmen; und doch wird man selbst bei so radikaler Operation zuweilen noch an der Grenze des Exstirpierten vereinzelte Knötchen auftreten sehen, die man allerdings leicht wieder beseitigen kann. In dieser Weise läfst sich die Operation in frischen Fällen, besonders bei Kindern, ausführen und zeitigt dann auch gute Dauerresultate. Man soll also in frischen Fällen sich nicht erst auf palliative Methoden einlassen. — Was nun die kosmetischen und funktionellen Resultate anbetrifft, so glaubt Vortragender nicht, dafs man in schweren Fällen, z. B. an Extremitäten, an denen bereits Kontraktionen bestehen, mit der Trans-

plantation auskommt. Wo es angeht, pflegt er nach der Exstirpation einfach zu vernähen, gröfsere Wundflächen aber mittelst gestielter Lappen und nicht durch Transplantation zu decken und erzielt auf diese Weise bessere kosmetische Resultate, als Herr Buschke sie aufgewiesen hat. Sowohl die Transplantation nach Thiersch wie nach Krause ergeben vertiefte Narben; aufserdem kommt es vor, dafs die nach Krause transplantierten Lappen noch nach Monaten wieder verschwinden können, sodafs also nach seiner Ansicht die Methode von Thiersch hier vorzuziehen wäre. Für die Deckung durch gestielte Lappen kann man alle bekannten Modifikationen anwenden. Wo es angeht, nimmt man das Material aus der Nachbarschaft, wo nicht aus anderen Teilen des Körpers und zwar für das Gesicht aus den oberen Extremitäten, für die Extremitäten im allgemeinen aus dem Rumpfe. Es müssen zu diesem Zwecke die verschiedenen Körperteile einander genähert und durch einen festen Verband bis zur Einheilung des Lappens, etwa zehn Tage, in der ungewöhnlichen Stellung fixiert werden, eine Unbequemlichkeit, die von den Patienten leicht ertragen wird. Besonders ungeeignet ist die Transplantation für die Extremitäten, weil die transplantierten Lappen Insulte, denen sie ja hier mehr ausgesetzt sind, nicht vertragen. Für die Extremitäten ist aber die Operation besonders wichtig, weil durch den Lupus zugleich die Gebrauchsfähigkeit derselben zerstört werden kann, indem Kontrakturen sich ausbilden. Redner erinnert an einen von ihm in der medizinischen Gesellschaft vorgestellten Patienten, einen Postbeamten, welcher durch einen ausgedehnten Lupus des Handrückens eine Kontraktur der Hand davongetragen hatte. Mittelst der Radikaloperation und Aufpflanzung eines grofsen Bauchlappens ist er von beiden befreit worden. In allerletzter Zeit hat er durch Lappenplastik aus dem Oberschenkel eine 36 cm lange Wundfläche der Kniekehle gedeckt; derartige Defekte durch Transplantation zu heilen, dürfte kaum gelingen. Vortragender stellt sodann zwei Patientinnen vor, welche vor zwei Jahren von ihm in dieser Weise operiert worden sind und ein recht gutes kosmetisches Resultat zeigen.

Herr Holländer ist der Ansicht, dafs die Exstirpation des Lupus in letzter Zeit deshalb mehr betont werde, weil die alten Methoden so unzureichend sind. Auch er tritt für die Radikaloperation ein in allen den Fällen, in welchen sich die Wunde durch die Naht schliefsen läfst. Im übrigen jedoch stellt er mehrere Kontraindikationen gegen die Operation auf: Zunächst schliefse die disseminierte Lupusform die Operation aus, weil hierbei die Zahl der Herde so grofs sei, dafs die Defekte, falls man jede einzelne Stelle centimeterweise im Gesunden herausschneiden wollte, zu grofs wären, um funktionell oder kosmetisch annehmbare Resultate zu geben. Bei dieser Form sei man auch ganz besonders Recidiven ausgesetzt. Von allen Plastiken geben übrigens die mittelst freier, ungestielter Lappen die ungünstigsten kosmetischen Resultate. Zur Deckung eines solchen Defektes müsse nämlich der erforderliche Lappen fast noch einmal so grofs genommen werden, da er sich nach der Abtrennung stark retrahiert. In diesem Zustande überragt er alsdann die Wundränder und differenziert sich auch späterhin durch den Niveauunterschied. Eine andere Kontraindikation bildet der Sitz des Herdes, falls er einen kosmetisch wichtigen Teil betrifft, z. B. die Nase, die Lippen oder die Lider. Die Patienten kommen in erster Reihe wegen ihres schlechten Aussehens zum Arzte; was wir aber durch den künstlichen Ersatz in kosmetischer Beziehung in solchen Fällen leisten, ist höchst wenig befriedigend. In den meisten Fällen erzielen wir ein besseres Aussehen, wenn wir durch Combustio den Lupus zerstören und die alten Konturen erhalten. Er stellt dann drei Patientinnen mit sehr ausgebreitetem, nicht operablen Lupus vor, welche er mittelst seines Heifsluftverfahrens behandelt und in Bezug auf Kosmetik wie auf Heilung aufserordentlich gebessert hat.

Herr Blaschko glaubt, daſs die Dermatologen, unbeschadet der glänzenden Resultate der Exstirpation, doch nicht jeden Lupus operativ anzugreifen brauchten; in zahlreichen Fällen sei die Operation teils unnötig, teils unmöglich. Zum Belege dafür, daſs das alte chemische Verfahren zur vollständigen Heilung führen könne und zwar mit einem weit besseren kosmetischen Effekte als es das blutige Verfahren zu stande gebracht hätte, stellt er eine Dame vor, welche vor sechs Jahren an einem disseminierten Lupus des linken Nasenflügels und des Septums gelitten hat und welche seit drei Jahren infolge Behandlung mit Kalilauge und Pyrogallussäure kein Knötchen mehr gezeigt hat. Bei einer Operation hätte man ihr den linken Nasenflügel und einen Teil des Septums entfernen müssen. Die Pyrogallussäure habe den groſsen Vorzug der elektiven Wirkung und mache infolge der durch sie gesetzten Entzündung auch die bis dahin latenten Knötchen manifest; sie eigne sich daher ganz besonders für die Behandlung des disseminierten Lupus. Er stellt dann einen Patienten mit einer lupösen Erkrankung des einen Vorderarmes vor, welche er mittelst des Hollaenderschen Heiſsluftverfahrens, aber ohne befriedigenden Erfolg behandelt hat. Der zweite von dem Redner vorgestellte Patient, ein junger Mann, zeigt einen enorm ausgedehnten Lupus, der beide Hinterbacken und den angrenzenden Teil der Oberschenkel bedeckt. In seinem unteren Teil ist das Krankheitsbild mehr dem Scrophuloderma ähnlich, indem tiefe eiternde Fisteln hier die Haut unterminieren. Er glaubt, daſs man in einem solchen Falle wohl nicht radikal operieren kann, sondern daſs man hier verschiedene Verfahren kombinieren muſs. Er resumiert sich also dahin, daſs man nicht ein einzelnes Verfahren als das allein richtige proklamieren solle, sondern je nach Lage des einzelnen Falles die passendste Methode wählen müsse.

Herr Rosenthal berichtet über zwei Fälle von ausgedehntem Lupus aus seiner Klinik, von denen der eine operiert und geheilt, der andere monatelang mit Pyrogallussäure ohne sichtlichen Erfolg behandelt sei. Er stellt die Annehmlichkeit des operativen Verfahrens, welches in Narkose schmerzlos ausgeführt worden sei und innerhalb 3—4 Wochen zur völligen Arbeitsfähigkeit geführt habe, der Langwierigkeit und auſserordentlichen Schmerzhaftigkeit des andern gegenüber, welche jeder Verbandwechsel erzeugt habe. Wenn auch jeder beschäftigte Dermatologe den einen oder den andern Fall vollständiger Heilung eines Lupus nach der alten Methode aufzuweisen habe, so müsse man doch gestehen, daſs die Recidive hierbei das Gewöhnliche seien. Er ziehe übrigens eine häſsliche Nase einer schönen aber lupösen vor. Wo es nur angehe, müsse man danach streben, den lupösen Herd zu exstirpieren und eine gesunde Narbe zu setzen, indem man im Gesunden operiert. Die Dermatologen hätten demnach die Pflicht, sich mit diesem blutigen Verfahren möglichst zu befreunden.

Herr Wechselmann hat den einen von Herrn Holländer vorgestellten Fall als einen ganz verzweifelten gekannt und zollt demselben seine Anerkennung über den Erfolg, welchen derselbe mittelst seines Heiſsluftverfahrens bewerkstelligt habe.

Herr Holländer behauptet, daſs Herr Blaschko in dem einen vorgestellten Falle sein Heiſsluftverfahren nicht richtig angewandt habe.

Herr Buschke wendet sich in seinem Schluſswort gegen einzelne Einwände, zunächst gegen den, als ob er alle anderen Methoden der Lupusbehandlung perhorresciert hätte; freilich sollten sie erst in Anwendung gezogen werden, wenn die blutige Exstirpation unmöglich sei. Was die Frage der Lappenplastik anbetreffe, so sei in seinen 17 Fällen der eingeheilte Lappen nicht ein einziges Mal ausgefallen; das komme auch nur an den Ulcera cruris vor, da an den kranken Unterschenkeln besonders schlechte Ernährungsverhältnisse beständen. Daſs die Lappen für die Transplantation doppelt so groſs genommen werden müſsten, als der Defekt wäre, daſs sie

sich so stark retrahierten und dadurch an Dicke bedeutend zunähmen, sei keineswegs der Fall. Das Heifsluftverfahren nach Holländer scheine ihm genau ebenso ein rein palliatives Verfahren als die Combustio oder Excochleatio etc. zu sein, einen wesentlichen Unterschied vermöge er nicht zu finden.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 31. (19.) Dezember 1897.

(Originalbericht von A. Jordan-Moskau.)

1. Pospeloff teilte einen seltenen Fall aus seiner Klinik mit von **gleichzeitigem Vorkommen von Impetigo herpetiformis Hebrae und Dermatitis herpetiformis Duhringi.** Es handelte sich um eine 32jährige, verheiratete Frau, die an einem Tumor uteri litt und im Anschlufs daran im Oktober d. J. einen Ausschlag der Haut bekam, welcher zunächst in der Umgebung des Nabels, dann aber auch auf den Extremitäten auftrat und sie zwang, sich in die dermatologische Klinik Moskaus aufnehmen zu lassen. Am 12. Nov. 1897 konstatierte Pospeloff folgendes: Die abgemagerte Frau zeigt auf Brust, Bauch und Rücken eine charakteristische Impetigo herpetiformis Hebrae, nämlich: Gruppen von Bläschen mit trübem Inhalt, die rasch in Pusteln übergehen und stellenweise bereits im Centrum zu einer Borke eintrocknet sind, in deren Peripherie frische Eruptionen aufschiefsen. Stellenweise sieht man aber auch auf dem bereits verheilten Centrum neue Bläschen auftreten, welche die Tendenz zeigen, neue Kreise zu bilden. Auf den unteren und insbesondere den oberen Extremitäten beobachtete Pospeloff Gruppen ebensolcher, auf geröteter Haut sitzender Blasen, die aber mit solchen von Haselnufsgröfse und mehr abwechselten, deren Inhalt klar oder getrübt war. Hier handelte es sich demnach um eine andere, wohl charakterisierte Hautkrankheit, nämlich die zuerst von Duhring unter dem Namen Dermatitis herpetiformis beschriebene. Ähnliche Veränderungen wie die Haut zeigte auch die Schleimhaut der Mundhöhle etc. Einige Wochen nach ihrem Eintritt in die Klinik starb die Patientin unter den Erscheinungen von Hirnödem. Bei der Sektion fand sich ein riesiges Deciduom des Uterus, welches in den verschiedensten Organen Metastasen gemacht hatte. Bei Beurteilung dieses Falles sprach sich Pospeloff dahin aus, dafs es sich hier um das seltene Zusammentreffen zweier, durch eine und dieselbe Ursache veranlafster, bläschenförmiger, einander ähnlicher Hautausschläge gehandelt habe, welche in den meisten Lehrbüchern als zwei verschiedene Krankheiten beschrieben werden. Unwillkürlich kommt einem aber in diesem Falle der Gedanke, handelt es sich nicht um eine Krankheit?

2. Glawsche und Nikulin stellen mehrere Fälle von **Lupus vulgaris** vor, die unter der Behandlung von Skarifikationen und darauffolgenden Glycerinkarbolsäurekompressen (1 : 10) zur Ausheilung gekommen sind. — Fokin erkundigt sich, ob nicht Intoxikationserscheinungen bei dieser Behandlung beobachtet wurden. Es wird verneint.

3. Pospeloff stellt aus seiner Klinik eine 56jährige Frau mit **Elephantiasis verrucosa** der rechten unteren Extremität und einem Geschwür des rechten Unterschenkels vor. Die Elephantiasis soll im Anschlufs an wiederholte erysipelatöse Entzündungen der Haut, das Geschwür im Anschlufs an einen Fall entstanden sein. Syphilis wird verneint. Die Behandlung bestand zunächst in Massage und warmen Bädern, wodurch aber keine Besserung erzielt wurde. Nun wurde der Kranken jeden fünften Tag eine subcutane Injektion von 0,05 Kalomel gemacht und bereits nach der vierten Injektion trat, wie die zum Vergleich demonstrierte Moulage von der Kranken vor ihrem Eintritt zeigt, eine ausgesprochene Besserung ein, indem nicht

nur die Extremität an Umfang verlor, sondern auch die warzenförmigen Auswüchse einschrumpften und das etwa pflaumengroſse Ulcus in seiner gröſseren Hälfte verheilte.

Sinizin erklärt die Abnahme des Volums der betreffenden Extremität durch Resorption der flüssigen Bestandteile, was er durch vierwöchentliche Massage gleichfalls bei einem Fall von Elephantiasis erzielt hat und sieht daher in der Behandlung mit Kalomelinjektionen keinen besonderen Vorzug. — Howsejeff als Gast fragt, ob nicht die tägliche Urinmenge durch die Kalomelbehandlung vermehrt worden sei, wodurch eine Volumsabnahme zu stande gekommen sein könnte. Die Urinmenge soll nicht gröſser geworden sein. — Pospeloff will sich auf Grund dieses einen Falles durchaus kein Urteil erlauben, sondern wünscht nur gezeigt zu haben, daſs durch Kalomel eine Abnahme des Volums der Extremität und eine Schrumpfung der warzenförmigen Exkrescenzen bewirkt worden ist, obgleich keine Syphilis bestanden hat, und fordert zur Nachprüfung auf.

4. Nikulin demonstriert einen Fall von **Lichen ruber acuminatus.**

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Juni 1897.)

Dr. R. Crocker demonstriert 1. einen **Fall von scheinbar geheilter knötiger Lepra.** Die Patientin ist vor zwei Jahren als ein Beispiel leicht erkennbarer Lepra vorgestellt und seitdem mit wöchentlichen Sublimatinjektionen behandelt worden. Der Erfolg war ein brillanter. 2. **Fall von Purpura** bei einer jungen Frau. Die Affektion besteht seit zwölf Jahren. Ergriffen sind hauptsächlich die Beine. Kaum eine Woche vergeht, wo nicht einige frische Purpuraflecke auftauchen. Die Beine sind infolgedessen in ausgedehnter Weise pigmentiert und zeigen eine tief sepiabraune Farbe, die stellenweise ganz schwarz ist.

Dr. C. Fox zeigt ein 13jähriges Mädchen mit **Hydradénomes éruptifs** oder **Epithelioma adenoides cysticum.** Zu beiden Seiten des Halses vom Kinn abwärts bis zu den Schlüsselbeinen sieht man dichtgedrängt sitzende, glatte, polierte, konvexe, wachsbleiche Papeln von der Gröſse der Prurigopapeln. Bei genauer Untersuchung findet man solche, wenn auch weniger zahlreich und weniger deutlich ausgeprägt, im Gesichte der Patientin. Auſserdem sieht man Kratzeffekte. Die Mutter des Mädchens hat einen ähnlichen Ausschlag, der weit weniger deutlich als der der Tochter ist. Die mikroskopische Untersuchung soll über die Natur der Efflorescenzen näheren Aufschluſs geben.

Dr. Stephen Mackenzie demonstriert einen **Fall von Psoriasis rupioides** bei einer 57jährigen Frau. Die Affektion hat hauptsächlich die Extremitäten ergriffen. An den Vorderarmen und Handgelenken bestehen die Efflorescenzen aus aufgehäuften Krusten von dünnlamelligem Charakter. Die kleineren sind mehr oder weniger konisch, die gröſseren zeigen ein schüsselförmig vertieftes Centrum, das mit einer festhaftenden Kruste bedeckt und von einem hyperämischen Hofe umgeben ist. An den kleinsten Efflorescenzen sind silberglänzende Schuppen, die wie bei der gewöhnlichen Psoriasis abgekratzt werden können; die gröſseren dagegen sind alle mit einer glatten, grünlichbraunen, hornigen Kruste bedeckt. Die Enden der Finger, besonders um die Nägel herum sind entzündet und mit Schuppen bedeckt. Die Vorderflächen der Beine zeigen eine mehr oder weniger gleichmäſsige Hyperämie und sind mit Krusten und Schuppen bedeckt. An den Knien und am linken Oberschenkel bemerkt man weiſse glatte Narben. Im ganzen sehe die Affektion wie Rupia aus. Vor-

tragender habe anfangs an Syphilis gedacht, aber angesichts der kleinen charakteristischen Psoriasiseffloreszenzen die obige Diagnose gestellt. — Dr. Pringle erwähnt einen ähnlichen Fall aus seiner Praxis, bei dem er zunächst Syphilis diagnostiziert habe. Später habe sich die Affektion als eine unzweideutige Psoriasis erwiesen.

Dr. Perry zeigt einen **Fall von Varicella gangraenosa** bei einem 10 Monate alten Kinde. Die meisten Läsionen sind abgeheilt, nur auf dem Hinterkopfe befinden sich noch zwei runde, ausgehöhlte Geschwüre. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII, Ergänzungsheft.

Ein neues Ureterencystoskop und dessen Anwendung, von Albarran. Das Cystoskop an sich ist konform dem Nitzeschen; seine Vorzüge bestehen darin, daſs man eine Halbrinne aufschieben kann, welche sich bequem sterilisieren läſst und die sowohl als Spülrohr wie auch zur Aufnahme des Ureterkatheters dient. Durch einen schaufelförmigen Fortsatz, der durch ein Gelenk mit der Halbrinne verbunden ist und mittelst einer Schraube von der horizontalen zur senkrechten Lage gebracht werden kann, kann der Katheter in beliebiger Richtung dirigiert und möglichst günstig der Ureterenmündung gegenüber plaziert werden. Verfasser verbreitet sich dann über den physiologischen, diagnostischen und therapeutischen Zweck seines Instrumentes.

Ein neues Antiblennorrhoicum: Protargol, von Ruggles. Verfasser teilt die an 15 Fällen gewonnenen günstigen Erfahrungen über Protargol bei akuter Blennorrhoe mit. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologisches Centralblatt.

1897. No. 3.

Die Blennorrhagie, eine Allgemeinerkrankung, von Louis Jullien und Louis Sibut. Aus zwei mitgeteilten Fällen von Blennorrhoemetastasen, von denen ein Fall mit recenter Syphilis kombiniert ist, ist folgender hervorhebenswert: In einem Falle wurde eine lentikuläre Roseola, ähnlich der typhösen, als Folge blennorrhoischer Infektion beobachtet. Bei der Ausbreitung der Blennorrhagie gingen die vorhandenen luetischen Sekundärerscheinungen zurück, wahrscheinlich unter Einfluſs der Temperaturerhöhung, vielleicht auch infolge eines reciproken Verhaltens beider virulenten Agentien. Die Weiterwanderung von Gonokokken wurde stets von Temperaturerhöhung begleitet. Einmal wurden Gonokokken im Blute gefunden. Die Gelenkaffektionen wurden mit Injektionen von 1 g Sublimat behandelt, im zweiten Falle blieb der Erfolg aus; dieser Fall war aber ein aufsergewöhnlich schwerer. Als seltene Erscheinungen traten in diesen Fällen auf: eine blennorrhoische Myositis, eine blennorrhoische Meningitis, eine Endocarditis mit Zerstörung der Klappen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.
Januar 1898.

Hydroa aestivale bei zwei Brüdern, kompliziert mit der Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin, von T. M'Call Anderson-Glasgow. Der ältere der beiden Brüder, ein 26jähriger Fischer, leidet seit acht Monaten an einem Ausschlage im Gesicht, an den Ohren und Händen. Die Anfänge der Krankheit datieren vom vierten Lebensjahre des Patienten. Damals zeigte sich ein krustiger Ausschlag im Gesicht. Später trat regelmäfsig im frühen Sommer ein dem gegenwärtigen ähnlicher Ausschlag auf, der mit dem Herannahen des Winters zu verschwinden pflegte. Die Krankheit beginnt mit Jucken und Brennen an den erwähnten Stellen oder an den Vorderarmen. Dies dauert etwa zehn bis zwölf Stunden, worauf sich erbsen- bis 20pfennigstückgrofse Blasen bilden, welche mit einem grünlichen Serum erfüllt sind. Die Flüssigkeit in den Blasen wird bisweilen wieder aufgesaugt, und es bleibt nur eine vorübergehende Pigmentation zurück. Häufig jedoch bersten die Blasen, die Blasendecke trocknet zu einer Kruste ein, unter welcher Heilung Platz greift. Diese ist von Narbenbildung und Narbenkontraktur gefolgt. Hierdurch sind die befallenen Finger in den letzten Jahren steifer, unbeweglicher geworden, sodafs Patient nicht mehr im stande ist, die Hände zu schliefsen. Auf dieselbe Weise sind durch Narbenschrumpfung die Nase und Ohren entstellt. — Die letzten Attacken dauerten bis tief in den Winter hinein, ohne jedoch das Allgemeinbefinden des Patienten zu stören. Der Urin zeigt eine hellburgunderrote Farbe, die nach den Angaben des Kranken nur während der Attacken vorhanden ist; in den freien Intervallen pflegt der Urin eine völlig normale Farbe zu haben. — — Bei dem 23jährigen Bruder begann die Affektion, als er drei Jahre alt war. Zumeist verschwindet sie im Winter, um am Ende des Frühjahrs oder mit Beginn des Sommers wiederzukehren. Die befallenen Körperteile sind das Gesicht, besonders die Nase, ferner die Ohren, Hände und der Hals. Dem Ausbruch pflegt intensives Jucken an den von Kleidern unbedeckten Körperstellen voranzugehen. Im ganzen ist der Krankheitsprozefs derselbe wie bei dem ersten Falle, auch mit dem Endresultate von Narbenbildung, narbiger Zusammenziehung und Entstellung der ergriffenen Partien. Der Urin sieht hellburgunderrot aus, nimmt jedoch auch in den freien Intervallen nicht die normale Farbe an. Die von Dr. Harris vorgenommene Untersuchung ergiebt in beiden Fällen ein gleiches Resultat. Der Urin reagiert entschieden sauer und enthält keine Proteide, kein Gallenpigment oder Hämoglobin. Der normale gelbe Farbstoff (Urobilin) ist vollständig ersetzt durch ein dunkelrotes, burgunderweinfarbiges Pigment, das durch das Spektroskop gesehen, vier deutlich markierte Absorptionsstreifen zeigt. Dafs es nicht Methämoglobin ist, wird dadurch bewiesen, dafs Ammoniumsulfid keine reduzierende Kraft auf dasselbe hat. Es handelt sich vielmehr um eine dem orangefarbenen Farbstoff verwandte Substanz, welche Mc Munn „Urohämatoporphyrin" genannt hat. Es ist ein proteid- und eisenfreies Pigment mit vierstreifigem Spektrum und steht bezüglich seines Oxydationsgrades zwischen Hämatoporphyrin und dem Urohämatoporphyrin und näher dem Hämatin als diese beiden. Dafs ein enger Zusammenhang zwischen den Hautmanifestationen in den oben beschriebenen Fällen von Hydroa aestivale und der Pigmentation des Urins bestehe, wird man annehmen können; eine Erklärung dieses Zusammenhanges wird man jedoch weiterer Forschung überlassen müssen. — Die Behandlung war vorwiegend eine diätetische, ob von Erfolg begleitet, vermag Verfasser nicht zu sagen. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Die Hauptthatsachen der Chemie. Für das Bedürfnis des Mediziners sowie als Leitfaden für den Unterricht zusammengestellt von Erich Harnack. 2. Auflage. (Hamburg, 1897. Leopold Voss.) Welcher Arzt hätte wohl nicht in einer Stunde objektiver Selbstprüfung auf das tiefste bedauert, dafs er in den ersten Studiensemestern so wenig Verständnis für die hohe Bedeutung der Chemie in der Medizin besessen? Wie sieht man doch oft zu spät ein, welche Wichtigkeit nicht nur für die theoretische Erkenntnis, sondern auch für die klinische Betrachtung die Chemie hat! Allerdings liegt die Schuld an dem chemischen Defekt gewöhnlich an dem Unterrichtsverfahren. Wenn der Mediziner zusammen mit den Chemikern das in seiner Gestaltung nur den Bedürfnissen der letzteren angepafste Kolleg aus dem Munde von Lehrern hört, die selbst der Medizin absolut fern stehen, so ist es nicht zu erwarten, dafs er den Nutzen des Kollegs für seine weiteren Studien einsieht. Es ist bei dieser Sachlage deshalb nur willkommen zu heifsen, wenn sachverständige Autoren Bücher über Chemie mit besonderer Berücksichtigung des medizinischen Bedarfs schreiben. Ein solches ist das vorliegende Werkchen. Dasselbe legt allerdings nur die Fundamentalbegriffe klar, giebt die Gruppenmerkmale chemischer Verbindungen, dabei aber doch auch bei einzelnen für die Medizin besonders wichtigen Substanzen länger verweilend. In einem allgemeinen Teile werden die grundlegenden Theorien, die Bedeutung physikalischer Momente etc. geschildert. Der spezielle Teil gliedert sich in den anorganischen und organischen. Die Reaktionen der wichtigsten Körper werden angegeben. Da das ganze Büchlein nur 156 Seiten umfafst, ist natürlich alles nur in Kürze dargestellt, also zur allgemeinen Information genügt es. Es wäre zu wünschen, dafs viele es studieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unterdrückung und Verhütung der Lepra, von Albert A. Ashmead in New York. (94 Seiten. Norristown, Pa. 1897.) Das Buch ist vor der Berliner Leprakonferenz geschrieben und erscheint gleichsam als Einleitung zu derselben. In grofsen Zügen bringt es all' das, was über das obige Thema von Wichtigkeit ist, in dem ersten Kapitel die Geschichte der Krankheit von den ersten Anfängen, soweit sie zu ergründen waren, bis zum heutigen Tage und in weiteren Abschnitten das Hauptsächlichste über die Verbreitung der Lepra, die Bedingungen, Gewohnheiten und Gebräuche, welche eine besondere Disposition zu derselben schaffen. A., welcher in Japan an 1000 Leprakranke beobachtet hat, glaubt, dafs bei der Entstehung der Krankheit Mosquitostiche eine grofse Rolle spielen und in Malariagegenden eine besondere Disposition zu derselben vorhanden sei. Wie schnell die Krankheit in einem Lande sich verbreiten kann, beweisen die Zahlen von Columbia, wo es vor 40 Jahren kaum 400 Leprakranke gab, jetzt aber deren 27 000 gezählt werden. Die Serumtherapie, welche bekanntlich in diesem mittelamerikanischen Staate bezüglich der Lepra zuerst in Anwendung kam, wird in einem speziellen Kapitel abgehandelt, findet aber wenig Anklang bei dem Verfasser. Derselbe behauptet sogar, dafs auch durch die Entdeckung des Leprabacillus und all' die zahlreichen damit zusammenhängenden Studien und Experimente irgend ein Nutzen für die Therapie nicht entstanden ist. Das einzig rationelle Verfahren ist vielmehr strengste Isolierung sowohl zur Unterdrückung als auch zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Seuche.

Die Schlufssätze, welche Ashmead aufstellt, decken sich teilweise mit den von der Berliner Leprakonferenz aufgestellten und sind folgende:

1. Zwangsweise Isolierung der Kranken.

2. Beaufsichtigung der Familien derselben, speziell der Kinder, sieben Jahre lang nach der Trennung.

3. Einrichtung von Kolonien Lepröser als Farmen in einem möglichst trockenen Klima.

4. Nach dem Tode eines Leprakranken, dessen Familie mit ihm gelebt hat, mufs sieben Jahre hindurch eine strenge Beaufsichtigung derselben stattfinden; ist nach dieser Zeit kein Krankheitsfall eingetreten, so mag ihr Verkehr mit dem übrigen Volke wieder erlaubt werden.

5. Vernichtung aller Kleider, welche dem Leprakranken gehört haben.

6. Spezielle Friedhöfe, woraus die Leichen nie entfernt werden dürfen, oder Krematorien.

7. Völlig neutrales Verhalten gegenüber der Religion des Leprakranken.

Anhangsweise ist die Korrespondenz wiedergegeben, welche A. mit verschiedenen hohen Persönlichkeiten geführt, um sie für die Sache der Lepraasyle zu gewinnen.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Beitrag zur Kenntnis der Kälte- und Wärmepunkte der Haut, von Sydney Aleutz. (Upsala, *Läkareförenings Förhandl.* Febr. 1897.) Verfasser meint durch seine Untersuchungen unter anderem zu dem Resultate gekommen zu sein, dafs die Kälte- und Wärmepunkte keine anderen Empfindungen geben können als bezw. Kälte- und Wärmeempfindung, gleichgültig, welche Irritationsmittel man anwendet. Sie folgen somit vollkommen dem „Gesetze der spezifischen Sinnesenergien".

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über das Pigment und die Entstehung desselben bei einigen Tardigraden, von D. Rywosch. (*Biolog. Centralbl.* 1897. No. 20.) Die Art Macrob. Oberhaeuseri Doy und die Gattung Milnesium sind im ausgewachsenen Zustande stark pigmentiert; das Pigment ist abgelagert in den Epithelzellen. Seiner chemischen Beschaffenheit nach unterscheidet es sich von allen bekannten Pigmenten; eine genauere Bestimmung desselben steht noch aus. Diese Tierchen geben aber ein Beispiel dafür, wie das Pigment in löslicher Form der Zelle zugeführt wird und dort sich ablagert. Das Ei ist farblos und das Tierchen beim Verlassen desselben. Bei weiterem Wachstum bemerkt man eine leichte diffus-gelbliche Verfärbung der die Organe umspülenden Flüssigkeit. Allmählich imbibieren sich die Epithelzellen mit dem Farbstoff, der in Längsreihen angehäuft wird. Der Farbstoff der Körperflüssigkeit ist identisch mit dem in den Epithelzellen angehäuften; beide werden violettrot durch Alkalien, entfärben sich durch Säuren. Inwieweit sich dieser Befund verallgemeinern läfst, will Verfasser noch nicht entscheiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Ernährung der Haare, von Deichler. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1897. No. 59.) Verfasser hat sich mit der Form des Haarschwundes beschäftigt, der unbekannten Ursprunges ist, auf allgemeine Störungen der Ernährung und Innervation zurückgeführt wird, früh oder spät auftritt. Es wird diese Alopecie gewöhnlich auf alle möglichen rein lokalen Störungen zurückgeführt. Da diese aber oft vorhanden sind, ohne zum Haarschwund zu führen, müssen noch allgemeine Ernährungsstörungen hinzukommen, die sich am Locus minoris resistentiae — an der Kopfhaut — besonders bemerkbar machen. Die chemische Untersuchung des Menschenhaares hat als Hauptbestandteile ergeben: einen den leimgebenden Substanzen sich anschliefsenden Bindestoff, die eigentliche Stützsubstanz, und eine Schwefelverbindung mit hohem Schwefelgehalt. Der Schwefel entstammt dem Albumin des Serums, welches reicher ist an Schwefel als das Fibrin. Viel Schwefel läfst sich dem Körper durch Darreichung roher Eier und ungekochter Milch zuführen. Von Stützsubstanzen, die aus Keratin, Elastin und Kollagen bestehen, läfst sich nur das letztere in vermehrter Weise so darreichen, dafs es assimiliert wird. Verfasser hat nun eine Leimfütterung bei vielen Personen versucht, bestehend aus Suppen, die durch längeres Kochen von zwei Teilen Fleisch und einem Teil Knochen hergestellt wurden. Auch Gelatine aus geraspeltem Hirschhorn, reich an ossifizierendem Knorpel, einfache Gelatine wurden benutzt. Die günstige Wirkung auf die Ernährung kam zunächst bei alten Leuten zur Geltung, die blühender, elastischer wurden, jugendlicheren Habitus zeigten, deren Arterien weicher wurden. Unverkennbar war bei jüngeren Personen die Beeinflussung der Haare, sie wuchsen lebhafter, wurden derber, fielen weniger aus, und zwar am ganzen Körper. Die Nägel wurden glänzender, durchsichtiger. Gewisse Ekzeme überzogen sich leichter mit Epidermis. Verfasser hält deshalb die Darreichung von Leimstoffen bei sonst guter Ernährung für nützlich bei schwachem Haarwuchs. Zur Pflege des Kopfhaares sind fleifsige Seifenwaschungen am zuträglichsten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorkommen und Nachweis von Jod in den Haaren, von Dr. phil. W. Howald. (Inaug.-Diss. Bern 1897.) Die Versuche des Verfassers führen ihn zu folgenden Schlüssen: 1. In den Haaren von Menschen, welche unter normalen Verhältnissen leben und keine Jod- oder Brompräparate einnehmen, kommen keine nachweisbaren Mengen von Jod oder Brom vor. 2. Dagegen tritt rasch nach der Aufnahme der gewöhnlichen Dosis von Jodkalium Jod, von Bromkalium Brom in den Haaren auf und schwindet nach dem Aussetzen der Medikamente wieder nach mehrmaligem Schneiden. 3. Das als anorganische Verbindung (Jodkalium) eingeführte Jod wird dabei wahrscheinlich in eine organische übergeführt und lagert sich mehr in dem während der Jodkaliumkur wachsenden Teile, als in dem schon vorherbestehenden (Haarspitze) ab. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mikroskopische Technik.

Beruht die Färbung der Zellkerne auf einem chemischen Vorgange oder nicht, von Paul Mayer. (*Anatom. Anz.* 1897. No. 12.) Gegenüber Rawitsch, der die Färbung der Zellkerne auf Oberflächenattraktion zurückführen will, sucht Verfasser zu beweisen, dafs es sich dabei um chemische Vorgänge handelt. Er bedient sich dabei der Salmonukleinsäure, durch deren Vereinigung mit schwefelsaurem Protamin er gewissermafsen einen künstlichen Kern erzeugt. Die Anschauung von M. Heidenhain und Weigert, dafs der Farbstoff durch Vermittlung mehrwertiger Metalle an das Protoplasma oder Teile desselben gebunden werde, hält Verfasser aber für eine Hypothese, die noch absolut unerwiesen ist. Wenn A. Fischer an der Hand von

Platinosmiumalbumose, das er in verschiedenen Gestalten als stattliche Granula und kokkenähnlichen Körnern darstellt, zu beweisen sucht, dafs die verschieden gestalteten Gebilde sich mit demselben Farbstoff verschieden färben, so bezweifelt Verfasser die wirkliche chemische Identität der verschieden gestalteten Stoffe und verlangt erst den Beweis für dieselbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Sichelkerne und Riesensphären in ruhenden Epithelzellen, von E. Ballowitz. (*Anatom. Anz.* 1897. No. 21 u. 22.) E. von Baneden bezeichnete Zellsphären und Centrosomen als permanente Zellorgane, nicht nur als Folgen der Zellteilung. Verfasser beschreibt kurz einen Befund im Epithel der Pharyngeal- und Kloakenhöhle der Salpen. Der im Ruhestadium befindliche Zellkern einer jeden Epithelzelle besitzt eine sichelförmige Gestalt; ja er kann sogar nach Zusammenfliefsen der beiden Sichelschenkel ringförmig werden. In der Konkavität einer jeden Kernsichel liegt eine kreisrunde, grofse Sphäre von einer Flächenausdehnung gleich derjenigen des halben Kerns. Sie ist schon am ungefärbten Präparat als dunkler Körper sichtbar. In der Mitte jeder Sphäre befinden sich ein bis zwei Centrosomen. Diese und Sphäre liegen meist mitten im Centrum der Zelle. Die Sphäre zeigt einen radiären Bau. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Protozoenkulturen. Nachtrag von Fr. Schardinger. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. XXII, No. 1.) Amöben züchtet Verfasser in Kondensationswasser von Heuagar- oder Heufleischwasseragar; alle 3—4 Tage wird ein frisches Kondensationswasser übergeimpft. Die Bakterien erfahren durch die Amöben eine Verminderung. Man färbt die Amöben, indem man etwas von der schrägen Agarfläche in einen Tropfen sterilen Wassers auf einem Deckglas verteilt, das Präparat an der Luft trocknen läfst, für 2—3 Minuten in Alkoholäther bringt, wieder trocknet und Methylenblaulösung oder eine Mischung von Methylenblau und Karbolfuchsin aufträgt. Die Amöbenleiber zeigen neben 1—2 Vakuolen eine siebartige Durchlöcherung. Der ganze Leib ist gleichmäfsig rot, jedoch hebt sich der von einer farblosen Zone umgebene Kern deutlich ab. Mit den Mycetozoen ist es Verfasser zuerst gelungen eine bakterienfreie Kultur zu erhalten. Den Nährboden bereitet er in folgender Weise: 30,0 Heu werden in 1 Liter Wasser suspendiert, 1,0—1,5 gepulverter Kalkhydrat zugesetzt, stark geschüttelt; die Mischung kommt für 24—36 Stunden in den Brutofen. Darauf Filtrieren, Fällung des Kalks durch Phosphorsäure, Zusatz von gleichen Teilen Fleischwasser ohne Pepton und Kochsalz, Alkalisierung durch Soda, Zugabe von 1—1½% Agar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Fähigkeit des Pneumococcus Fränkel lokale Eiterungen zu erzeugen, von Hugo Bruns. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 17.) Verfasser gelang es mit der Kultur eines Pneumococcus, welcher aus bronchitischem Sekret gewonnen war, Eiterungen zu erzeugen, wenn er Injektionen in die Peritonealhöhle und in die Meningen machte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über das Verhältnis zwischen Hautkrankheiten und der arthritischen Diathese, von C. Rasch-Kopenhagen. (*Hospitals-Tidende.* 1896. No. 48—49.) Durch seine ätiologischen Untersuchungen über eine grofse Anzahl verschiedener Haut-

krankheiten ist Verfasser zu dem Resultate gekommen, dafs Bazins klinische Studien über den cutanen Arthritismus im wesentlichen den wirklichen Verhältnissen entsprechen. Verfasser wagt nicht, eine Definition der uratischen Diathese, mit welcher er sich hier beschäftigt, zu geben; es scheint ihm sehr zweifelhaft, ob die Harnsäure die dominierende Rolle in ihrer Pathologie spielt; wahrscheinlich können die Ursachen dieser Stoffwechselanomalie sehr verschiedene sein, ebenso wie z. B. bei Diabetes. Die Diagnose läfst sich nicht aus dem Verhalten des Urins stellen, sondern mufs sich stützen auf genaue anamnestische Untersuchungen über die pathologischen Familienverhältnisse des Kranken, über seine ganze Lebensweise und über diejenigen arthritischen Symptome (artikuläre Symptome, Lithiasis renalis, oft zugleich Symptome von „abartikulärer Gicht"), welche er selber dargeboten hat. — Nach einer summarischen Aufzählung einer Menge klinischer Symptome und Krankheiten in den verschiedenen Organen, welche Verfasser teils wegen der Resultate einer antarthritischen Behandlung und teils wegen eines häufigen Zusammentreffens als Ausschlag dieser Diathese betrachtet, giebt er einen Überblick über diejenigen Hautkrankheiten, welche nach seiner Anschauung in einem gröfseren oder kleineren Abhängigkeitsverhältnis zum Arthritismus stehen. Aus Rücksicht auf die Zuverlässigkeit der Angaben hat Verfasser hier nur Patienten aus seiner privaten Klientel benutzt, und die Diagnose: arthritische Disposition ist nur gestellt worden, wenn Arthritis urica oder Urinsteine bei dem Kranken selbst oder bei seinen nächsten Verwandten vorgekommen sind. Man kann sich vorstellen, dafs die Diathese 1. lokal wirkt durch eine krankhafte Veränderung der Exkretionsprodukte der Haut, 2. durch Einwirkung auf das centrale Nervensystem. — Unter den Ursachen des Ekzems (des wahren Ekzems) nimmt diese Diathese einen hervorragenden Platz ein; unter 45 Ekzemkranken kam sie 18mal vor, oft mit anderen Ursachen associiert. Der intermittierende Verlauf des Ekzems und seine Beziehung zum Asthma nervosum, welches fast immer bei arthritisch disponierten Kranken vorkommt, deutet auch auf seinen Zusammenhang mit dieser Diathese. Nach Erwähnung der bei Arthritikern am häufigsten vorkommenden Ekzemformen hebt Verfasser die grofse praktische Bedeutung einer allseitigen Rücksichtnahme auf diese Diathese in der Behandlung hervor. (Das Bier, besonders das starke Bier, Ale, Porter, ist das gichterzeugende Getränk par excellence, weshalb die skandinavische Race auch nicht, wie früher behauptet wurde, von Arthritis frei ist.) — Unter 29 privat behandelten Kranken mit Psoriasis fand sich 14 mal eine arthritische Disposition, dieselbe kam aber nur in 4,5 % von 67 poliklinisch behandelten Hospitalspatienten vor; Verfasser nimmt dennoch an, dafs zwischen beiden irgend ein Verhältnis besteht. — Die verschiedenen Formen von Pruritus sind besonders häufig bei Arthritikern, ebenso wie auch die Urticaria nach den Erfahrungen des Verfassers oft bei denselben vorkommt, am häufigsten gleichzeitig mit chronischer Colitis. — Dermatographismus, Aestus volatilis finden sich sehr häufig bei Neuro-Arthritikern. Der recidivierende Herpes buccalis und genitalis kommt als Regel bei arthritisch disponierten Individuen vor, am häufigsten durch Association mit anderen Ursachen. Ferner führt Verfasser mehr kursorisch mehrere Hautkrankheiten an, die mit gröfserer oder geringerer Häufigkeit bei arthritisch disponierter Individuen vorkommen können. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die gewöhnlichen Pilzkrankheiten der Haut, von N. Walker. (*Scottish med. and surg. Journ.* Sept. 1897.) In einem anziehend geschriebenen klinischen Vortrag bespricht Verfasser als die häufigeren derartigen Leiden Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans und Favus, wobei er sich im wesentlichen auf eine Zusammenstellung der allgemein anerkannten Thatsachen betreffs derselben beschränkt, da der Aufsatz weniger für den Spezialisten als für den praktischen Arzt berechnet ist. Interessant

dürfte es sein zu erwähnen, daſs Favus in Schottland durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, daſs derselbe aber dort ebenso ungünstige therapeutische Resultate zu ergeben scheint wie anderswo. — Als beste Färbungsmethode empfiehlt Verfasser eine modifizierte COLHOUNsche: Man legt das Haar resp. die Schuppen auf einen Objektträger und gieſst einen Tropfen einer Anilin-Gentianaviolett- oder Alaun-Gentianaviolett-Lösung 1—5—100 darauf. Nach 5 Minuten wird das Präparat auf 3 Minuten oder länger in GRAMsche Lösung gelegt und dann mit Fliefspapier getrocknet. Alsdann kommt ein Tropfen Anilinöl, dem so viel Jodtinktur beigemengt ist, daſs eine dunkle Sherryfarbe entsteht. Nach einigem Hin- und Herschwenken wird unter schwacher Vergröſserung untersucht. Zum Aufbewahren wird das Präparat in reinem Anilin gewaschen, dann in Xylol gelegt und unters Deckglas gebracht.

Philippi-Remscheid.

Die epitheliale Natur der Nävuszellen, von P. G. UNNA. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1897. No. 49.) Die Befunde eigentümlicher Zellen im Bindegewebe der weichen Muttermäler hat wegen der Frage nach der Herstammung derselben groſses Interesse. Sind es eingeschlossene epitheliale Zellen, verirrte Geschwulstkeime im Sinne COHNHEIMS? Daran knüpft sich ein Interesse auf pathologischem Gebiete, betreffend die Herkunft gewisser Sarkome resp. Carcinome. — Die Nävuszellen finden sich in allen weichen Muttermälern in verschiedener Menge als Klumpen, Bälle, Stränge eingelagert in normales Bindegewebe bei meist verringertem elastischem Gewebe, Die Zellen haben bläschenförmige Gestalt, groſsen Kern; sind nicht durch faseriges Bindegewebe innerhalb der Klumpen gehemmt, ähneln den Epithelien. Sie unterscheiden sich von diesen durch mangelhafte Tingibilität des Protoplasma und Mangel an Epithelfasern. Die Entwickelungsgeschichte lehrt nun, daſs die Nävuszellen nur abgeschnürte Epithelien sind; bei Neugeborenen und Kindern ist das leicht festzustellen. Dabei kommen folgende Momente in Betracht: 1. Epithelwucherung; 2. Metaplasie der Epithelien, strukturelle und tinktorielle Veränderung des Protoplasmas; 3. Abschnürung des Epithels und Verlagerung ins Bindegewebe. Alle drei Momente sind voneinander unabhängig, daher die verschiedenen Bilder. — Verfasser trennt vier Kategorien von Kindernävi: a) Naevi mit einfacher Epithelwucherung, scharf abgesetzte, flache, bis pfefferkorngroſse, erhabene Knoten. b) Naevi mit Epithelwucherung und Metaplasie und Abschnürung; beides harmonisch ausgebildet. Diese sind flacher, weniger scharf abgesetzt. Das Deckepithel ist gewuchert, die Epitheläste bilden kugelige Anschwellungen, die zum Teil schon losgelöst und von Bindegewebe umschlossen sind. c) Naevi mit ausgesprochener Epithelwucherung und Metaplasie, aber verzögerter Abschnürung. Die gewucherten Epithelien liegen zwischen Epithel- und Papillarkörper als ungefüge Massen. d) Naevi mit harmonischer, schnell sich entwickelnder Metaplasie und Ablösung, bei denen es zu einer Epithelansammlung an der Oberfläche gar nicht kommt. Der ganze Prozeſs spielt sich mit gröſserer Akuität ab. Hier ist der Nachweis des epithelialen Ursprungs am schwersten zu führen. Zu beachten ist hier das Fehlen jeder Andeutung einer Zellwucherung im Cutisgewebe und in den Gefäſsen, die Harmonie in der Kontur der normalen und metaplastischen Epithelmassen, endlich die Wucherung und Metaplasie an Haarbälgen und Epithelleisten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neuer Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes in den fibrösen Neubildungen der Haut, von SOFFIANTINI-Mailand. (XII. Internat. Kongreſs zu Moskau. 1897.) Der Autor hat bei seinen Untersuchungen die etwas modifizierte und verbesserte Methode von TAENZER angewandt. Diese Untersuchungen beziehen sich auf folgende fibröse Neubildungen der Haut: Sklerodermie. Bei dieser Affektion zeigen alle Schichten der Haut ein auſserordentlich mächtiges elastisches Gewebe,

welches das fibröse Element vollständig verdeckt. Am stärksten ist es in der Cutis entwickelt, wo es dicke und geschlängelte Bündel und mit der Oberfläche parallele Bänder bildet. Der Reichtum von elastischem Gewebe im Hypoderma scheint auf eine wahre Hypertrophie der Fasern hinzuweisen und nicht bloſs auf ein deutlicheres Hervortreten derselben. — Elephantiasis. Zwischen Epidermis und Cutis sieht man eine dicke Schicht neugebildeten Bindegewebes mit embryonalen Gefäſsen. Die Cutis enthält zahlreiche elastische Bündel, von denen einige an den Kontaktstellen mit der oberen Schicht birnförmige Anschwellungen zeigen. — Molluscum. Die Epidermis ist normal oder pigmentiert, die Cutis fibrös, fibroelastisch, angiomatös, adipös; jedenfalls ist das elastische Gewebe stark entwickelt. — Keloid. Die elastischen Fasern verschwinden beim Übergang in die Keloide, welche reine Fibrome darstellen, plötzlich und vollständig. — — Die Richtigkeit dieser Beobachtungen wurde vollständig bestätigt durch die Herren Prof. Hallopeau, Mibelli, Secchi und Ravogli-Cincinnati. Letzterer schrieb anläſslich einer Mitteilung in dieser Zeitschrift (Multiples Spontankeloid. Bd. XXII. 1896): „Ich habe gefunden, daſs meine Beobachtungen mit denen Soffiantinis völlig übereinstimmen." *C. Müller-Genf.*

Über die Elementarformeln einiger Eiweiſskörper und über die Zusammensetzung und die Natur der Melanine, von O. Schmiedeberg. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm.* Bd. 39. Hft. 1—2.) Nur der über Melanine handelnde Abschnitt sei hier referiert. Melaninartige Produkte, Melanoidine und Melanoidinsäure, erhält man durch Erhitzen von Eiweiſs mit koncentrierten Mineralsäuren. Sie stimmen in ihren Eigenschaften mit den in Alkalien löslichen, schwarzen tierischen Pigmenten überein. Die Art der Darstellung und die Gestaltung der Formeln wird eingehend besprochen. — Aus dem weiteren Bericht über die Analyse eines Sarkommelanins und die von anderen Autoren untersuchten Melanine geht hervor, daſs die melanotischen Pigmente sehr verschiedene Zusammensetzung haben, was wahrscheinlich durch die Art der Entstehung aus den Eiweiſsstoffen direkt bedingt ist. Ammoniakabspaltung und Wasseraustritt spielen eine groſse Rolle, wahrscheinlich auch Verminderung des Wasserstoffgehalts durch Oxydation. Das Material, aus dem die Pigmente hervorgehen, besteht nicht aus genuinen Eiweiſsstoffen, sondern aus Spaltungsprodukten derselben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Karminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweiſsarten, von Th. J. Bogomolow und N. J. Wassilieff. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 31.) Die Karminsäure erwies sich als empfindliches Reagens auf Eiweiſs; schon 1 : 90000 wird durch die Karminsäure nachgewiesen. Dabei zeigen die Protoalbumosen und Deuteroalbumosen ein verschiedenes Verhalten. Beide werden durch Karminsäure gefällt, aber der aus der Protalbumosenlösung hervorgerufene Niederschlag löst sich beim Kochen auf, der aus Deuteroalbumosen erzielte bleibt ungelöst. Die Karminlösung wird durch in Wasser unlösliche Albumosen rot-violett gefärbt. Die Deuteroalbumose verändert die orangerote Nuance der Karminsäurelösung in schwarz. Man kann also durch Karminsäure nicht nur Eiweiſs überhaupt nachweisen, sondern auch Albumose von Pepton trennen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Heilwirkung der Hyperämie, von Bier. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 32.) Die Herstellung der Stauungshyperämie geschieht bei den Gliedern in der Weise, daſs man das erkrankte Glied bis etwas unterhalb der erkrankten Stelle gut einwickelt und oberhalb der erkrankten Stelle durch eine Gummibinde den venösen Rückfluſs behindert. An anderen Körperstellen ist diese Anwendung nicht angängig, hier kann man durch verdünnte Luft (unblutige Schröpfköpfe) die Stauung erzeugen. — Die Stauungshyperämie wurde nun vom Verfasser vorzugsweise angewandt bei

sogenannten chirurgischen Tuberkulosen, es wurden damit verhältnismäfsig sehr gute Erfolge erzielt. Besonders interessant erscheint, dafs durch die Verbindung schonender, nicht verstümmelnder Operationen mit Stauungshyperämie schöne Resultate sich ergaben. — Von den in der ersten Zeit allein mit Stauungshyperämie behandelten Fällen sind mehrere noch so vollständig ausgeheilt, dafs es schwer fällt, von der früheren Erkrankung Spuren nachzuweisen. Es sind dies namentlich Hand- und Ellenbogengelenktuberkulosen. — Aufser bei Tuberkulose wurde die Stauungshyperämie auch bei anderen Affektionen angewandt, mit folgendem Ergebnis: 1. Syphilitische Krankheitsherde verschlimmerten sich darunter durchgehends. 2. Zwei Sarkome wucherten unter der Anwendung von Stauungshyperämie sehr schnell. 3. Bei Trippergelenken war fast regelmäfsig ein bedeutender Nutzen der Stauungshyperämie festzustellen. Es wurden nur solche Fälle damit behandelt, bei welchen die übrigen Mittel bereits erschöpft waren oder der Befund von vornherein auf eine schwere Form hinwies. Bei mehreren Fällen war ein idealer Erfolg nicht mehr zu erreichen, weil die Stauungshyperämie zu spät — $1^1/_2$—$2^1/_2$ Monate nach Ausbruch der Erkrankung — zur Anwendung kam. Ein ganz frischer Fall gelangte überhaupt nicht zur Behandlung. Im allgemeinen gewann Verfasser den Eindruck, dafs die Erfolge um so besser waren, je jünger die Erkrankung. Die besten Erfolge hatte er stets da, wo die Hyperämie am stärksten sich erzeugen liefs. Verbände wurden fast gänzlich vermieden. Stets wurden, sobald unter Stauungshyperämie die Schmerzen nachliefsen, noch während das Mittel angewandt wurde, vorsichtige passive, und wenn möglich, auch aktive Bewegungen ausgeführt, diese waren jetzt schmerz- und reizlos. Sobald Schmerzen und sonstige Krankheitserscheinungen verschwunden, ward die Stauungshyperämie ausgesetzt, die Bewegungen wurden ausgiebiger und rücksichtsloser ausgeführt, zuweilen folgte noch Massage. — Soweit sich aus 11 Fällen urteilen läfst, berechtigen die Erfolge zu dem Schlusse, dafs die Stauungshyperämie bei Trippergelenken schnell die Entzündungserscheinungen und besonders die Schmerzen beseitigt, so dafs man frühzeitig mit Bewegungen beginnen und die sonst gesehenen trostlosen Versteifungen vermeiden kann. — — Heilversuche bei Tuberkulose mit aktiver Hyperämie hat Verfasser ebenfalls unternommen und geschildert. Sehr kräftige aktive Hyperämien erzielte er durch die Einwirkung hoher Hitzegrade und zwar 1. durch heifse Luft, 2. durch heifses Wasser. Weitaus am stärksten wirkt, wenigstens auf oder nahe der Oberfläche, heifse Luft. Jedoch ist bei derselben die Tiefenwirkung sehr zweifelhaft, daher können für die Beurteilung der Heilwirkung dieser arteriellen Hyperämie vor allem nur oberflächliche Tuberkulosen in Betracht kommen. Hierbei zeigen sich wirklich manchmal günstige Erfolge, so hat Verfasser eine schwere offene Haut- und Sehnenscheidentuberkulose, welche anderen, auch operativen Mitteln nicht gewichen war, schnell und vollständig ausheilen sehen. Dagegen konnte er bei anderen oberflächlichen Tuberkulosen, z. B. mehreren Fällen von Lupus der Glieder, tuberkulösen Recidiven bei offenen Gelenken und Knochen, keinen günstigen Einfluſs der heifsen Luft nachweisen. Mit heifsem Wasser kann man, wenigstens an den Oberflächen, keine so kräftige Hyperämie erzielen, wie mit heifser Luft. Deshalb wurden nur einige Fälle mit heifsem Wasser behandelt. Ein schwerer Lupus des Armes bei gleichzeitig bestehender Lungenschwindsucht, vielfachen Gelenk-, Drüsen- und Knochentuberkulosen besserte sich auffallend, überhäutete sich und vernarbte. — Indessen wirkt auf oberflächliche Tuberkulosen eine kräftige Stauungshyperämie viel sicherer und zeigt ihre grofse heilende Überlegenheit über andere Arten der Hyperämie. Lupus der Gliedmafsen heilt nur schwer, wenn die Stauung mit einer Gummibinde hervorgebracht wird; die so erzeugte Hyperämie ist nicht stark genug, auch bietet eine dauernde Stauungshyperämie keine günstigen Be-

dingungen für die Ausheilung oberflächlicher Geschwüre. Dagegen heilt der Lupus ausgezeichnet unter der starken Stauungshyperämie, welche ein trockener Schröpfkopf hervorbringt. Verfasser hat deshalb für grofse Lupusstellen Riesenschröpfköpfe anfertigen lassen. In einem solchen trockenen Schröpfkopfe wird etwas Spiritus angezündet und während des Brennens der Kopf auf die kranke Stelle gesetzt, wo er eine bis mehrere Stunden täglich sitzen bleibt. Derselbe schafft eine ganz gewaltige Hyperämie und saugt sich voll von Blut und Serum. Nach dem Abnehmen des Schröpfkopfes wird die Stelle mit Zinkoxyd gepudert. Der Lupus bedeckt sich bald mit einer Kruste und heilt durchgehends schnell, d. h. es kommt zu fester und dauernder Vernarbung. — Im allgemeinen ist zweifellos die Heilwirkung der passiven Hyperämie auf Tuberkulose gröfser als die der aktiven.

Wodurch vermag denn Hyperämie Krankheiten und insbesondere Infektionskrankheiten zu heilen? Die dafür gegebenen Antworten: durch bessere Ernährung oder durch Anhäufung der Kohlensäure und der dadurch erhöhten Alkalescenz des Blutes und seiner stärkeren bakterientötenden Wirkung oder auch andere Theorien befriedigen ihn nicht. Er glaubt nicht, dafs sich diese Frage so leicht durch einen einfachen chemischen Vorgang lösen lasse. Selbst dann möchte er sie nicht für gelöst halten, wenn es gelingen sollte, im venösen Blute noch andere und vielleicht stärkere Bakteriengifte nachzuweisen. Vielmehr handle es sich hier um einen sehr verwickelten Lebensvorgang, von dessen wirklicher Erkennung wir noch weit entfernt seien. — Vor allem fällt bei den meisten Fällen, wo das Mittel überhaupt wirkt, das fast augenblickliche Nachlassen der Schmerzen auf.

Neuhaus-München.

Über die therapeutische Anwendung des heifsen Wassers, besonders bei Hautkrankheiten, von O. Rosenthal. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 40.) Unter heifsem Wasser versteht man solches von 40—45—50° C.; die Empfindlichkeit ist individuell natürlich sehr verschieden. Angewöhnung ist von grofser Bedeutung. Die Einwirkung ist eine lokale und allgemeine. Die erstere bewirkt neben mechanischer Entfernung der Epidermis und aufliegender Substanzen nach vorübergehender Verengerung eine Gefäfserweiterung, eine Hyperämisierung der Haut, und eine Reizung der Nervenendapparate. Die allgemeine Wirkung besteht in einer Steigerung der Sauerstoffaufnahme, Hebung des Pulses, Beschleunigung der Herzaktion. Die roten und weifsen Blutkörperchen sind nach heifsen Bädern vermehrt, die alkalische Reaktion des Blutes ist gesteigert, ebenso die Körpertemperatur. Die Hautperspiration nimmt parallel der Temperatur zu. Wichtig ist die Steigerung des Stoffwechsels, ebenso die Beeinflussung des Nervensystems. Das Körpergewicht erleidet durch Flüssigkeitsverlust eine Abnahme. — Die Anwendung des heifsen Bades wird nicht durch Herzschwäche, wohl aber durch Gefäfsatheromatose kontraindiciert. — Von internen Leiden sind mit Erfolg heifse Bäder angewendet bei Meningitis cerebrospinalis, Nephritis, Rheumatismus, Gicht, Bronchitis. Bei Apoplexia cerebri werden heifse Kompressen dem Eisbeutel vorgezogen. Silex braucht heifse Umschläge bei Conjunctivitis, Schweninger bei Migräne, neurasthenischen Beschwerden. — Auf chirurgischem Gebiete braucht man das heifse Wasser zur Blutstillung. Bei Blasenblutungen infolge von akuter blennorrhoischer Cystitis erzielte der Verfasser durch eine heifse Spülung (38—40° R.) prompten Erfolg. Bei Uterusblutungen, bei zu schwachen Wehen, bei Hämorrhoidalblutungen, Menstruationskoliken hat sich das heifse Wasser bewährt. In einem Falle gelang es Verfasser durch heifse Sitzbäder einen Fall von irritable bladder zu heilen. — In der Dermatologie kommt noch die baktericide Wirkung des heifsen Wassers zur Geltung, so beim Ulcus molle, wenn man auch die sehr umständliche Anwendung auf schwere Fälle beschränken wird. Man kann hier

Kalium permanganicum oder Sublimat zusetzen. Auch bei der Blennorrhoe sind Irrigationen mit heifsem Wasser (88° C.) von Curtis und Gordon gemacht; sie haben nach vorübergehender Hyperämie eine Anämie der Schleimhaut folgen sehen; jedoch ist hier der Erfolg wohl kein so glänzender, dafs diese Behandlungsweise zur Nachahmung empfohlen werden könnte. Als Desinficiens hat Zinsser das heifse Wasser bei Favus angewendet; er hat Lesserssche Spiralen, die von 52—50° C. Wasser durchströmt wurden, über eine feuchte Kompresse gelegt. Bei zersetztem, jauchigem Ulcus cruris, bei Ulcera luetica, zerfallenen Gummata dürfte von demselben Gesichtspunkte heifses Wasser von Wert sein. — Sehr wohlthuend ist dasselbe zur Stillung des Juckreizes bei Eccema scroti, Eccema vulvae, Pruritus ani, bei universellem Pruritus, bei Urticaria chronica. Auch das chronische trockene Ekzem mit Neigung zur Rhagadenbildung verträgt sehr gut die heifsen Handbäder. Es darf aber das Wasser in allen diesen Fällen nur ganz kurze Zeit einwirken. Bei Acne vulgaris und rosacea ist heifses Wasser von Vorteil; Leviseur hat einen besonderen Thermostat, Startin einen Dampfzerstäuber für diesen Zweck angegeben. Besonders bei der Rosacea ist heifses Wasser sehr geeignet, die örtliche Stase zu beseitigen, sowohl lokal angewendet, als auch als Derivans in Gestalt heifser Hand-, Arm-, Fufs- und Sitzbäder von 37—40° R., die mehrmals täglich 10—15—20 Minuten appliziert werden. — Lokale Applikation eignet sich auch für Keloide, Erfrierungen leichten Grades, Perniones (hier unter Essigsäurezusatz), Nagelkrankheiten (Bulkley). — Zu versuchen wäre dieses Heilverfahren noch bei Psoriasis, Sklerodermie, Prurigo, Lichen ruber. — Bei der Syphilis sind heifse Bäder sicher zu empfehlen, nicht als provozierendes Mittel, sondern zur Anregung der Hautcirkulation, Reizung des Nervensystems, Förderung des Stoffwechsels, Elimination schädlicher Stoffe, besonders bei vorhandener Quecksilberintoxikation. — Verfasser spricht die Hoffnung aus, dafs sich das heifse Wasser, wenn nicht als Heilmittel, so doch als Adjuvans in der Therapie der Hautkrankheiten immer mehr Freunde erwerben wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pharmakologie.

Beiträge zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl, von Stubenrath. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 24.) Dunbar hat auf Grund von Massenerkrankungen in Hamburg, die auf den Genufs von mit Patentbrotöl hergestellten Backwaren zurückzuführen waren, dieses Patentbrotöl zum Gegenstand der Untersuchung gemacht. Es wurde festgestellt, dafs 1 g dieses Mineralbrotöls und weniger im Brot genügt, um bei Hunden schwere Krankheitserscheinungen hervorzurufen, dafs ferner Gaben von $^1/_2$ g bis 1 g Mineralbrotöl auch genügen, um bei kräftigen, gesunden Männern unzweifelhafte Vergiftungserscheinungen zu erzeugen. Dunbar weist nun darauf hin, dafs solche Petroleumrückstände wie das Mineralbrotöl vielfach mit Schwefelsäure und Natronlauge behandelt werden, dafs auch sonst noch verschiedene giftige Chemikalien zur Nachbehandlung verwendet würden, dafs es sich also gewöhnlich nicht um reine Paraffin- oder Vaselinwirkung handeln dürfte. Doch will er auch vom Vaselin allein schon bei innerlicher Darreichung heftige Magendarmsymptome gesehen haben. Er betrachtet daher diese Petroleumrückstände als gesundheitsschädliche Substanzen und ihren Gebrauch als bedenklich. Diese Resultate veranlafsten nun Stubenrath, der Frage mit einigen Versuchen näher zu treten, um so mehr, als auch bei uns ein von der Chesebrough Manufacturing Company hergestelltes gelbes Vaselin öffentlich zum Verkaufe gelangt, das als bestes Hausmittel zum innerlichen Gebrauche gegen Husten, Heiserkeit u. a. empfohlen wird. — Der Verfasser hat zunächst an Katzen verschiedene

Sorten Vaselin, Paraffinum liquidum und verschiedene Sorten Mineralöl in der Nahrung verabreicht. Da sie willig frafsen, konnte die Anwendung von Gewalt bei der Darreichung und die Erhitzung des Vaselins unterbleiben. Aufser den Katzen benutzte er noch einen gesunden Spitzhund, dem eine Magenfistel angelegt war und dem bei der Weigerung, zu fressen, die Stoffe direkt durch eine weite Kanüle in den Magen gebracht werden konnten. Schliefslich machte STUBENRATH an sich selbst und seinen Kindern noch einige Versuche mit dem innerlich empfohlenen Vaselin. Er selbst nahm in 7 Tagen 28,5 g, die Kinder (3, 4 und 8½ Jahre alt) erhielten Gaben von 0,25—1,5. Alle diese Personen erlitten unter dieser Medikation nicht die geringste Störung. Ebenso wurde bei den verschiedenen Tieren durch das Einnehmen der Paraffinpräparate das Befinden in keiner Weise beeinträchtigt. — Wesentlich erscheint die Art und Weise, in welcher man die Versuchsstoffe den Tieren beibringt; man mufs diese Stoffe möglichst gleichmäfsig in warme Nahrung verteilen; um ein richtiges Bild ihrer Wirkung zu gewinnen. — Wenn nun auch der Verfasser bei den von ihm verwendeten Präparaten giftige Eigenschaften bei seinen Versuchen nicht erkennen konnte, so will er doch nicht die hygienische und pharmakologische Unbedenklichkeit der fraglichen Präparate im allgemeinen annehmen, sondern er nimmt unter Berücksichtigung der exakten Experimente DUNBARS an, dafs es im Handel sehr verschiedene Präparate dieser Art geben müsse. Die Ursache der Giftwirkung sei zu suchen in Stoffen, die von vornherein im Vaselin, Paraffinum liquidum, Mineralöl enthalten und uns noch unbekannt sind, oder in Stoffen, die bei der Herstellung und Reinigung der Produkte hineingelangen. Auch ist denkbar, dafs bei Verwendung von Gefäfsen, die vorher differente Stoffe enthielten, zum Transport oder zur Aufbewahrung der wohl nicht mit besonderer Reinlichkeit behandelten Mineralöle eine Beimengung giftiger Substanzen stattfinden konnte. — Welche fremden Stoffe oder Verunreinigungen überhaupt in den fraglichen Erdölrückständen häufig oder in nennenswerter Menge enthalten sein und welche derselben giftig wirken könnten, das sei noch eine zu lösende schwierige Aufgabe. Vorläufig müfsten diese Produkte, die in Bäckereien und als Arzneimittel bereits verwendet würden, sorgfältig überwacht werden. Sehr grofs erscheint die Versuchung zur Fälschung der Speiseöle mit den Mineralölen, denn die besten Sorten von letzteren sind noch wesentlich billiger als die wohlfeilsten Speiseöle. *Neuhaus-München.*

Beitrag zur Chemie der Tierfette, von C. AMTHOR und J. ZINK. (*Deutsch-Amerik. Apothekerztg.* 1897. No. 4.) Es wird über die Zusammensetzung und die Eigenschaften der Fette von Wildarten und des Hausgeflügels, über die bisher so gut wie nichts bekannt ist, berichtet. U. a. wurden Elchfett, Edelhirschfett, Damhirschfett, Gemsfett untersucht. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein Fall von Wismutintoxikation durch Airol, von ARMMER-Basel. (*Corr. f. schweiz. Ärzte.* 1897. No. 16.) Verfasser hatte in einem Falle von Psoasabscefs in die Abscefshöhle 35,0 einer Airolemulsion mit Öl und Glycerin ää injiziert, worauf wenn auch leichte Intoxikationserscheinungen auftraten (Stomatitis, Schwarzfärbung der Mundschleimhaut, Nausea; keine Diarrhoen). Er schliefst daraus, dafs die dem Airol nachgerühmte Ungiftigkeit keine absolute, sondern höchstens eine relative sei. Da ferner das Airol in Glycerin löslich ist, mufs die Kombination von Airol mit Glycerin zu einer „Emulsion" als ungeeignete Verwendungsform betrachtet werden, da die lösliche Verbindung toxische Wirkungen entfalten kann, wie die löslichen Wismutverbindungen. Vor der inneren Verabreichung des Airols möchte er vorläufig noch warnen. *C. Müller-Genf.*

Über Alapurin der Norddeutschen Wollkämmerei zu Bremen, von Aufrecht. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Ther. Beilage. 1897. No. 5.) Alapurin umfaßt die niedrigst schmelzenden, gereinigten Anteile des natürlichen Wollfettes. Es ist geschmeidig, riecht nicht unangenehm, schmilzt bei 32—33°, während die andern im Handel befindlichen Wollfette bei 40—42° schmelzen. Die Reinigung des Alapurins geschieht möglichst ohne chemische Agentien, nur auf mechanischem Wege. Alapurin ist vollkommen neutral, frei von Alkali und freier Fettsäure. Es ist leicht löslich in Äther, Chloroform, Benzin, Benzol, Aceton, etwas löslich in warmem Alkohol. Alapurin vermag, wenn man kleine Mengen Vaselin oder Adeps zusetzt, große Mengen Wasser aufzunehmen; Alapurin 4,0, Vaselin Americ. 12,0, Aquae ad 50,0 giebt noch eine homogene Salbe. Auch die Emulsionen mit Wasser sind sehr haltbar. Chlor ist auch nicht spurenweise im Alapurin enthalten. Alapurin ist vollkommen steril. Es unterliegt keinem Zweifel, daß Alapurin den höchsten Anforderungen, die man an ein Wollfett stellen kann, genügt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Argonin, ein neues Antiblennorrhoicum, von L. Zydlowicz. (*Therap. Wochenschr.* 1897. No. 6.) Die Erfahrungen beziehen sich auf 30 Fälle; die Behandlung geschah derart, daß in die vordere Harnröhre eine Lösung 3 : 2000 fünfmal täglich injiziert wurde, in die hintere jeden zweiten Tag mittelst Katheters eine Lösung 5 : 200,0. Die Beobachtungen führen Verfasser zu folgenden Schlüssen. 1. Das Argonin vernichtet binnen kurzer Zeit die Gonokokken; ob sie für immer abgetötet werden, kann nicht endgültig auf Grund der Erfahrungen beurteilt werden. 2. Die Injektionen verschlimmern (!) den Krankheitsprozeß nicht, sondern verringern die Entzündung. 3. Subjektiv empfinden die Patienten keine Schmerzen. 4. Die Injektionen können in jedem Stadium der Blennorrhoe vorgenommen werden. 5. Man höre mit der Behandlung auf, wenn etwa fünfmal keine Gonokokken in dreitägigen Zwischenräumen gefunden wurden. Nachbehandlung eventuell mit adstringierenden Mitteln. *A. Strauß-Barmen.*

Über Captol, ein neues Antiseborrhoicum und medizinisch-kosmetisches Haarmittel, von P. J. Eichhoff. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Therap. Beilage. 1897. No. 9.) Captol ist ein Kondensationsprodukt von Tannin und Chloral, welches frei ist von den unangenehmen Nebenwirkungen dieser beiden alten Mittel. Es ist ein dunkelbraunes, hygroskopisches Pulver, leicht löslich in warmem Wasser und Alkohol, schwer in kaltem Wasser. Säuren verändern es nicht, wohl aber Alkalien, die es zersetzen. Mit Eisensalzen geben die Lösungen starke Färbungen, die auf Säurezusatz wieder verschwinden. Die Anwendung auf größeren Hautdistrikten scheint Verfasser nicht anzuraten, da ja doch das Chloral abgespalten und resorbiert werden könnte. Indiciert schien ihm das Captol bei Seborrhoea capitis, bei der ja Tannin und Chloral altbewährt sind. Seine Hoffnungen wurden weit übertroffen. Er ließ ausschließlich Captol als 1—2%ige alkoholische Lösung morgens, eventuell auch abends in die Kopfhaut einreiben; alle anderen Hülfsmittel wurden ganz bei Seite gesetzt. Schon in 8 bis 14 Tagen waren die dichtesten Schuppen und Schinn geschwunden, die Kopfhaut war rein, die Sekretion der Talgdrüsen und der Haarausfall vermindert. Niemals eine Nebenwirkung. Verfasser empfiehlt daher Captol für diese Fälle als Adstringens und Desinficiens auf das wärmste. Auch prophylaktisch als Cosmeticum ist das Mittel, da es reizlos und unschädlich ist, anwendbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Karbolvergiftung durch das Auflegen von Karbolkompressen auf die Haut, von R. Clement Lucas. (*Lancet.* 28. Aug. 1897.) Vor zwei Jahren hat L. bereits über zwei Fälle von Karbolvergiftung berichtet, welche

durch die Applikation von Umschlägen als Vorbereitung für eine chirurgische Operation entstanden waren. Seitdem hat er stets eine 2%ige Lysollösung, ohne irgend welchen Nachteil zu erleben, verwendet. Durch ein Versehen wurde aber kürzlich einem 5jährigen Mädchen behufs Desinfektion wegen einer vorzunehmenden Osteotomie bei Rachitis eine 5%ige Karbolkompresse auf den Fuſs und die untere Hälfte des Unterschenkels gelegt. Etwa drei Stunden später war das Kind stark kollabiert, mit einer Temperatur von 35° im Rectum, Puls = 140—150, Herzstoſs ca. 1 Zoll auſserhalb der Mammillarlinie schwach und diffus zu fühlen, R = 40—50, Hautfarbe bleifarben, Urin unwillkürlich entleert, von sehr dunkler Farbe. Unter Anwendung geeigneter Reizmittel (Injektion von Cognac subcutan) trat allmählich Genesung ein.

Philippi-Remscheid.

Chinosol als Antisepticum und Heilmittel (Antipyreticum), von A. Beddies und W. Tischer. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 59 u. 60.) Ein krystallinisches gelbes Pulver, welches nach Safran riecht und aromatisch, etwas adstringierend schmeckt. Es hat eine über vierzigmal wirksamere Energie als Karbolsäure. Aus den therapeutischen Versuchen sei folgendes erwähnt: Bei Behandlung von frischen Wunden, Brandwunden, Eiterherden bewährte sich Chinosol 1 : 500. Gegen Blennorrhoe soll eine 0,5%ige Lösung äuſserst zweckmäſsig und erfolgreich sein.

Gegen Sykosis:

℞ *Chinos.*	1,0
Ichthyol.	0,5
Acid. salic.	0,5
Lanolin.	20,0.

Gegen Akne, Finnen etc.:

℞ *Chinos.*	1,0	℞ *Chinos.*	0,5
Amyl.	10,0	*Hydrarg. bichl.*	0,1
Vaselin.	10,0.	*Vaselin.*	20,0.

Gegen Ekzeme, Herpes, Psoriasis:

℞ *Chinos.*	0,1—2,0	℞ *Chinos.*	0,1—1,0
Amyl. trit.		*Amyl. trit.*	
Zinc. oxyd.	5,0	*Zinc. oxyd.*	10,0
Lanolin.	8,0.	*Vaselin.*	20,0.

Gegen Haarschwund:

℞ *Chinos.*	
Resorcin.	
Zinc. oxyd.	
Amyl. ā	5,0
Vaselin.	15,0.

Gegen Hyperidrosis:

℞ *Chinos.*	2,0
Amyl.	18,0
Talc.	80,0.

Das Mittel wird sehr warm empfohlen. *A. Strauſs-Barmen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 5. 1. März 1898.

Die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Von

Oberarzt Dr. Eichhoff.

(Mit Tafel II.)

Anfangs des Jahres 1887 beschloſs die Stadtverordnetenversammlung zu Elberfeld, die bis dahin unter einheitlicher Leitung stehenden städtischen Krankenanstalten in drei einzelne, von einander unabhängige Abteilungen mit je einem Oberarzt zu teilen, eine chirurgische, eine innere und eine für Haut- und Syphiliskranke. Die Leitung der letzteren wurde mir übertragen und ich trat am 1. Mai 1887 mein neues Amt an, indem ich mir aus dem vorhandenen Krankenbestand im ganzen 13 Haut- und Syphiliskranke zusammensuchte, welche den Stock der neuen Station bildeten. Dieselbe wurde zum groſsen Teile in dem damaligen alten Irrenhause untergebracht, während die hautkranken Kinder zusammen mit den innerlich kranken Kindern lagen und die Prostituierten in wenig menschenwürdiger Weise unter dem Dache von früher her Unterkunft fanden.

Die Abteilung entwickelte sich von Anfang an in überraschender Weise, sodaſs schon im zweiten Jahre der Durchschnittsbestand von 65 Kranken und ein höchster Tagesbestand von 80 Kranken gebildet wurde.

Auch die anderen Abteilungen entwickelten sich nach der Dreiteilung stets mehr, — ein Beweis dafür, daſs letztere nötig war, und die Stadtverordneten vom richtigen Gesichtspunkte ausgehend, dieselbe beschlossen hatten.

Die vorhandenen Räumlichkeiten wurden deshalb bald zu eng und zu klein, und als nun gar 1890 die groſse Influenzaepidemie auch ins Wupperthal eingezogen war, muſste ich mit einem groſsen Teil meiner Abteilung in das städtische Epidemienhaus auswandern.

Es wurde daher wegen des Raummangels und weil aufserdem die alten Anstalten nicht mehr in allem den neuesten wissenschaftlichen Anforderungen entsprachen, im Jahre 1891 der Erweiterungs- und Umbau derselben von der Stadtverordnetenversammlung beschlossen, eine notwendige Konsequenz ihres Beschlusses der Dreiteilung im Jahre 1887.

So entstanden denn bis 1897 auf dem alten Grundstücke neben den bisherigen Anstalten fünf neue Häuser: ein neues Irrenhaus, ein Haus für Infektionskrankheiten, ein Wirtschaftsgebäude mit Waschküche, Trockeneinrichtungen etc., Desinfektionsanlage und Kesselhaus, ein Leichenhaus mit Seciersaal, Mikroskopierzimmer und Kapelle und ein grofses Gebäude für die chirurgische Abteilung.

Das alte Krankenhaus, welches schon 1893 und 1894 durch einen Mittel- und zwei Seitenaufbauten vergröfsert war, wurde im Jahre 1897 ganz umgebaut und definitiv nur für die innere Station und die Station für Hautkrankheiten und Syphilis bestimmt.

Vor kurzem sind diese Veränderungen fertiggestellt und die neuen Räume bezogen worden.

Einen grofsen Kostenaufwand (ca. $1^1/_2$ Millionen Mark) haben alle diese Neu- und Umbauten verursacht, aber sie waren nötig, und die Stadt Elberfeld darf stolz auf ihre neuen Krankenanstalten blicken.

Es sei mir nun im folgenden gestattet, ohne Rücksicht auf die anderen Stationen zu nehmen, die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis kurz zu schildern und zu besprechen.

Wie schon oben angedeutet, ist dieselbe nunmehr definitiv in dem umgebauten alten Hause, welches 1490 qm Flächeninhalt hat, untergebracht, und zwar nimmt sie die ganze zweite Etage und die aus den neuen drei Aufbauten bestehende dritte Etage ein, während das Parterre und die erste Etage für die innere Station bestimmt sind.

Im ganzen hat die neue Hautabteilung 150 Betten.

Was zunächst die allgemeine Einrichtung der Station anbelangt, so ist dieselbe mit einer Central-Niederdruckdampfheizung und praktischer Ventilationseinrichtung versehen. Durch letztere wird vorgewärmte reine Luft in die Zimmer eingetrieben, während die verbrauchte Luft Abzug hat. In jeder Stunde erhält dadurch jedes Zimmer vollständig neue Luft. Die Fufsböden sind in den Krankenzimmern aus Eichenriemen (Parkett) hergestellt, sämtliche Korridore und die Säle der Aufbauten sind mit Linoleum belegt, welches in Harzkitt auf Betonboden aufliegt. Die Wände und Decken der einzelnen Krankenzimmer sind mit zweckentsprechendem Ölanstrich versehen, welcher abwaschbar ist.

Die Station hat sechs einzelne Baderäume, von denen zwei zugleich Dampfbäder sind. Vier Wannen bestehen aus bunten Porzellankacheln, welche in Cement eingelassen sind, zwei sind emaillierte Thonwannen.

Im ganzen Hause besteht neben der Kaltwasser- eine Warmwasserleitung. Die sämtlichen Krankensäle haben Marmorwaschbecken mit direktem Zufluſs von Kalt- und Warmwasser und direktem Abfluſs. Die sog. Theeküchen sind geräumig und hell, mit sauberen Spüleinrichtungen und Gaskochern versehen.

Sämtliche Räume sind elektrisch beleuchtet durch eine in den Anstalten selbst angebrachte Dynamomaschine. Die Korridore münden auf Balkone, welche in den nach Norden liegenden Garten sich erstrecken und zu Sommerszeiten den Kranken einen angenehm kühlen und luftigen Aufenthalt gewähren. Die Speisen werden durch einen eigenen hydraulischen Aufzug aus dem Parterre in alle Etagen befördert.

Sehen wir uns jetzt nach diesen allgemeinen Bemerkungen die Station in ihren einzelnen Teilen an. Auf der zweiten Etage sind nur die Privatkranken und Frauen und Kinder untergebracht, und zwar erstere in den beiden Flügelbauten. Gehen wir von Westen nach Osten, so finden wir in dem westlichen Flügel zunächst drei einzelne Privatzimmer mit je einem und eins mit drei Betten. Diese Privatzimmer sind auf das komfortabelste und praktischste eingerichtet. Dann folgt ein grofser Krankensaal für luetische Frauen mit zehn Betten, darauf eine Theeküche und Zimmer für die Stationsschwester, welche von hier aus die beiden Nachbarsäle beaufsichtigen kann, dann ein Zimmer für blennorrhoische Frauen mit elf Betten; neben diesem liegt ein Zimmer für vier Lernschwestern. Weiter nach Osten kommt dann ein sehr grofser Saal mit elf Betten für hautkranke Frauen, neben diesem einer mit acht Betten für krätzkranke Frauen, darauf ein Saal mit zehn Betten für hautkranke Knaben bis zum 14. Lebensjahre, dann wieder Theeküche und Stationsschwesterzimmer und neben diesem ein Saal mit zwölf Betten für hautkranke Mädchen bis zum 14. Lebensjahre. Im östlichen Flügel befinden sich dann wieder analog dem westlichen ein Zimmer für den Assistenzarzt, zwei Privatzimmer mit je einem und eines mit drei Betten.

Nach Norden liegen auf jeder Seite je ein Bad resp. Dampfbad, je vier Aborte, die oben erwähnten Balkone und in der Mitte das Operations- resp. Untersuchungszimmer der Hautstation; westlich neben diesem ist ein Warteraum, östlich das Mikroskopierzimmer und bakteriologische Laboratorium, daneben noch ein kleines Privatzimmer mit zwei Betten. Das Operationszimmer hat einen Fufsboden von Holzcement mit darüber gelegten Mettlacher Platten, ebenso das daneben liegende bakteriologische Laboratorium; die Wände und Decken sind in Ölanstrich gesetzt und die ganzen Räume genügend mit elektrischen Lampen versehen.

Durch eine Batterie von 18 Akkumulatoren ist der Operationssaal an die elektrische Leitung angeschlossen. Dieser Anschluſs ist eingerichtet für Endoskopie, Galvanokaustik, Elektrolyse, für den galvanischen und Induktionsstrom.

Das Mikroskopierzimmer und bakteriologische Laboratorium ist mit allen nötigen Apparaten und Instrumenten ausgerüstet; die gröberen Arbeiten werden aber im Leichenhause ausgeführt, wie z. B. das Kochen und Filtrieren der Nährböden, das Sterilisieren der Platten u. s. w.

Auf der dritten Etage sind nun untergebracht die Prostituierten und die haut- und lueskranken Männer. Erstere befinden sich in dem vollständig abgeschlossenen westlichen Aufbau. Dieser besitzt einen kleinen Operations- und Untersuchungssaal, damit die Prostituierten vollständig von den anderen Kranken abgeschlossen bleiben können, vier Zimmer mit je zwei und zwei Zimmer mit je fünf Betten, einen grofsen geheizten Tagesraum, der im Notfall auch noch mit Betten besetzt werden kann, ein Badezimmer, einen Abort und eine Spülküche.

Auf dem Mittelaufbau, der separaten Eingang hat und durch eine grofse Materialienkammer von dem westlichen und eine grofse Kleiderkammer von dem östlichen Aufbau getrennt ist, sind die haut- und krätzkranken Männer untergebracht, und zwar erstere auf einem grofsen Saale mit 14 Betten und in fünf kleineren Zimmern mit je zwei Betten; die krätzkranken Männer haben einen grofsen Saal mit zwölf Betten zur Verfügung; aufserdem befinden sich auf dieser Station ein Wärterzimmer, zwei Badezimmer, zwei Spülküchen, zwei Aborte, sodafs die Hautkranken doch in allem und jedem von den Krätzkranken getrennt bleiben, und für erstere ein Rauchzimmer.

Auf dem östlichen Aufbau endlich befinden sich die venerisch kranken Männer. Wir haben hier zwei Zimmer mit je fünf Betten, zwei mit je drei und drei mit je zwei Betten, ein Badezimmer, einen Abort und eine Spülküche, sowie einen Tagesraum und ein Rauchzimmer.

Im Parterre des Hauses befindet sich noch ein gut eingerichtetes Zimmer mit Warteraum für die Freisprechstunde.

Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dafs unsere Schwestern dem evangelischen Diakonieverein entstammen, der sich vor ca. vier Jahren gebildet und schon eine ganze Anzahl gröfserer Krankenhäuser mit Schwestern versehen hat. Der Verein ist in jeder Beziehung zu empfehlen.

So ist denn die neue, mit 150 Betten besetzte dermatologische Station der städtischen Krankenanstalten, wie die letzteren selbst, eine vollkommene Einrichtung, würdig, den besten des Landes ebenbürtig zur Seite gestellt zu werden.

Der Dank dafür gebührt der Stadtverwaltung und den Stadtverordneten Elberfelds sowie der Verwaltung der städtischen Krankenanstalten und ihrem thatkräftigen Vorsitzenden.

Über einen in Parma beobachteten Fall von Tinea Gruby (Sabouraud).

Von

Prof. V. Mibelli.

Helene Manzini, geb. am 19. August 1894 in der Provinz Minas Geraes (Brasilien), ist die Tochter italienischer Auswanderer und wurde am 15. März 1897 von ihrer Mutter mit folgendem

Status praesens nach unserer Poliklinik geführt: Anmutiges Kind mit zarten, sympathischen Zügen und gutem Ernährungszustande. Blonde, feine, regelmäfsig verteilte, vor kurzem abgeschnittene, ca. 2 cm lange Haare. An der äufsersten hinteren Haargrenze, rechts von der Mittellinie, sieht man eine ovale, etwa 3,5 cm lange und 2,5 cm breite Stelle, wo die Haare weniger dicht zu stehen scheinen. Der Boden dieses Ovals ist nur ganz schwach gerötet, trägt äufserst feine, wenig adhärierende Schüppchen und umschliefst zwei kleinere, kreisrunde Plaques, die sich mit ihrem Rande berühren.

Bei näherer Untersuchung findet man, dafs die Haare an der genannten Stelle nur scheinbar weniger dicht sind. Zwischen den anscheinend gesunden Haaren mit normaler Länge sieht man nämlich zahlreiche andere, welche den Haarboden um kaum 4 oder 5 mm überragen, doppelt so dick sind als die gesunden, trocken und von ausgesprochener grauweifser Farbe. Sie fühlen sich rauh an und sind zerbrechlich, wenn auch nicht in dem Mafse wie beim Herpes tonsurans, so dafs es nicht immer gelingt, sie mitsamt der Wurzel auszureifsen, indem sie meist im oberen Drittel derselben abbrechen, wie vorsichtig man auch bei der Handhabung der Pincette vorgehen mag. Auch beim sorgfältigen Entfernen der feinen Schüppchen findet man stets unter dem aus verhornten Epithelschichten bestehenden Detritus Bruchteile solcher Haare, während die Stümpfe in Gestalt von weifslichen Pünktchen aus den Follikelmündungen hervorragen.

Auf dem Vorderhaupt, links von der Mittellinie, befindet sich eine weitere Plaque, von der Gröfse eines Lirastückes; dieselbe ist unregelmäfsig kreisförmig und besteht aus einer ziemlich dicken Anhäufung graulicher Schuppen mit spärlichen Haaren. In diesem Schuppenhaufen sind wieder Haarfragmente eingekittet, die zum Teil in ihrer normalen Lage an dem Haarboden aufgeklebt sind. Rechts von der Mittellinie sind zwei feinere kleine schuppige Plaques zu sehen, von 7—8 mm Durchmesser und ganz derselben Beschaffenheit wie die beschriebenen.

Aufser den genannten Erscheinungen ist auf dem Haarboden nichts zu bemerken, abgesehen von einigen wenigen Nissen und Schmutz, nichts von Seborrhoe.

Über dem linken Wangenbeine sieht man einen unregelmäfsigen erythematösen Fleck mit trockenen, leicht gefälteltem Centrum und etwas blasserem Rande. Ähnliche Flecke sind auf dem Halse und Nacken. Alle diese Plaques haben das charakteristische Aussehen der von Besnier sog. „Trichophyties accessoires des teigneux". Die gröfsere Plaque auf dem Nacken scheint etwas Jucken zu verursachen.

Die Eltern des Kindes waren vor kurzem nach einem sechsmonatlichen Aufenthalt in Brasilien von dort zurückgekehrt. Während der Rückreise hatte sich die

Patientin mit Kopfläusen infiziert und die Haare mufsten kurz geschnitten werden; da keine ekzematöse oder impetiginöse Formen bestanden hatten, trat rasch Heilung ein.

Circa 1 Monat nach der Ankunft in Italien bemerkte die Mutter die oben beschriebene Stelle am Nacken; dieselbe nahm dann langsam an Umfang zu.

Obwohl ich täglich Gelegenheit habe, die verschiedensten Formen von Trichophytie zu sehen, fiel mir doch gleich das besondere Aussehen dieser Plaques auf, da hier in Parma die von mir und PELAGATTI beschriebene Form mit violettroten Kulturen die häufigste ist. Als ich dann erst einige kranke Haare mit dem Mikroskop untersuchte, erkannte ich an denselben die Veränderungen, welche ich bereits an Exemplaren konstatiert hatte, die mir Dr. SABOURAUD geschickt hatte und welche das Mikrosporon Audouini enthielten, das bekanntlich bei der GRUBYschen Varietät des Herpes tonsurans angetroffen wird. Ich legte sofort mit einigen affizierten Haaren Kulturen auf verschiedenen Nährböden an; alle ergaben ein positives Resultat mit typischen Kolonien von Mikrosporon Audouini. Einige Präparate schickte ich zum Vergleiche an Dr. SABOURAUD. Irgend welche Behandlung hatte ich vorläufig noch nicht verordnet.

Ich sah die Patientin vom 15. bis 20. März noch öfters; dann verlor ich sie aus den Augen bis zum 27. April. In diesem Zwischenraum war sie nämlich an Masern erkrankt. Als sie sich wieder stellte, bestand ein impetiginöser Ausschlag auf dem Gesichte, der durch passende Behandlung rasch wieder verschwand. Die Plaques hatten sich inzwischen in Aussehen und Gröfse nicht verändert; dagegen waren in der Nähe der früheren in der linken Scheitelgegend einige neue ganz kleine schuppige Herde entstanden. Ich liefs nun die Haare vollständig abrasieren, verordnete tägliche Waschungen mit einer 0,8‰ Sublimatlösung und Epilation.

Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand rasch und am 19. Mai war die Plaque am Nacken kaum noch erkennbar. Ich konnte kein krankes Haar mehr entdecken. Die übrigen Herde waren inzwischen kleiner geworden. Die Behandlung wurde fortgesetzt, der Kopf ein zweites Mal rasiert; die Plaque auf dem Nacken war nun vollständig abgeheilt und mit gesunden Haaren bedeckt. Die kleineren Herde der Scheitelgegend waren auf kaum noch sichtbare, schuppige Plaques reduziert. Aus einer dieser letzteren vermochte ich noch am 8. Juni zwei kranke Haare zu extrahieren, worauf die Familie die Gegend verliefs.

Bei den Geschwistern des Kindes gelang es mir niemals die geringste Veränderung auf dem Haarboden zu konstatieren. Auch konnte nachgewiesen werden, dafs die Leute keinen fortgesetzten Kontakt mit Haustieren irgend welcher Art gehabt hatten.

Diese zwar ganz einfache und kurze Krankengeschichte verdient aus zweifachem Grunde bekannt gemacht zu werden: Vor allem, weil dies

der erste in Italien beobachtete Fall jener von SABOURAUD neulich als „Teigne de GRUBY“ beschriebener und durch das Mikrosporon Audouini, GRUBY-SABOURAUD verursachte Trichophytievarietät ist; zweitens wegen des aufserordentlich gutartigen Verlaufes der Dermatose in diesem Falle, im Gegensatz zu der bedeutenden Hartnäckigkeit, durch die sie sich in Paris auszeichnet und weshalb ihr SABOURAUD die Bezeichnung „teigne tondante rebelle“ gegeben hat. Ich will sie der Kürze halber Tinea mikrosporon nennen.

Bereits vor zwei Jahren erklärte ich in einem an Dr. SABOURAUD gerichteten und von ihm in den *Annales de Dermatologie* veröffentlichten Briefe, dafs seine mir gesandten Haarpräparate von verschiedenen Fällen von Tinea mikrosporon für mich ein ganz neues Untersuchungsmaterial darstellten. Obschon ich mich seit elf Jahren speziell mit histopathologischen Haaruntersuchungen befasse, konnte ich mich nicht erinnern, jemals was ähnliches gesehen zu haben.

Die Entdeckung SABOURAUDS datiert seit kaum einem Jahre und stiefs damals auf bedeutenden Widerstand seitens der Dermatologen, indem die meisten der Ansicht waren, dafs man, blofs gestützt auf die Kleinheit der Sporen, kaum berechtigt sei, eine neue Form von Trichomykose aufzustellen. Meine absolut spontane Erklärung mufste deshalb SABOURAUD als eine Bestätigung und ein indirekter Beweis seiner Ansicht erscheinen. Zugleich war erwiesen, dafs der von ihm entdeckte Pilz wahrscheinlich in Italien nicht existiert oder zum mindesten sehr selten war.

Nach den neueren Untersuchungen hervorragender Mykologen aller Länder und speziell nach den Verhandlungen auf dem internationalen Dermatologen-Kongresse zu London erhielt die Ansicht von der Selbstständigkeit dieser neuen und von den bisher bekannten Trichophytien verschiedenen Art eine neue Stütze durch die beinahe einmütige Zustimmung aller vorurteilslosen Forscher. — Natürlich vermag dieser isolierte Fall wenig beizutragen zu den bereits so zahlreichen Beweisstücken. In Bezug auf die interessante Frage über die geographische Verbreitung der neuen parasitären Dermatose, welche absolut keine gleichmäfsige zu sein scheint, ziehe ich vorläufig aus der Beobachtung dieses meines einzigen Falles den Schlufs, dafs die GRUBYsche Tinea in Italien eine aufsergewöhnliche Affektion, ja eine wahre pathologische Rarität darstellt.

Während die Krankheit in den grofsen Städtecentren, wie Paris und London, sehr häufig ist und das Mikrosporon Audouini die grofse Mehrzahl der Trichophytieerkrankungen unter den Kindern verursacht, haben in Italien (wo doch der Herpes tonsurans sehr verbreitet ist) Dermatologen wie DUCREY und REALE, die doch in Pisa und Neapel über ein reichhaltiges Beobachtungsmaterial verfügten, in den letzten drei Jahren, d. h. nach der Entdeckung SABOURAUDS, nicht einen einzigen Fall konstatieren

können. Prof. Pellizzari, aus dessen Schule ebenfalls mehrere wichtige Arbeiten über die Trichophytien hervorgegangen sind, versichert mir, dafs es ihm niemals gelungen sei, Kulturen von Mikrosporon Audouini zu gewinnen. Ebenso hat Prof. Maiocchi, der sich mit Untersuchungen über die morphologischen Veränderungen des Trichophyton befafst hat, dieselben negativen Resultate erzielt wie Pellizzari, bezüglich der Kulturen des Sabouraudschen Pilzes. Was dann endlich meine eigenen Untersuchungen anbelangt, so kann ich, ohne von meinen früheren Beobachtungen zu reden, behaupten, dafs ich, aufser dem eben beschriebenen, keinen Fall von Tinea mikrosporon ausfindig machen konnte, obwohl ich mich in den letzten Jahren unaufhörlich mit allen Arten von Trichophytien im allgemeinen und mit dem Herpes tonsurans im besonderen beschäftigt habe. Und selbst in diesem Falle, über dessen Authenticität kein Zweifel besteht, bleibt es fraglich, ob er wirklich aus Parma stammt, oder nicht vielmehr aus Brasilien oder einem anderen von dem Schiffe berührten Hafen importiert wurde.

Die aufserordentliche Seltenheit resp. das vollständige Fehlen des Mikrosporon Audouini in Italien (zwischen Parma und Neapel) vorausgesetzt, erscheint die Frage berechtigt, ob mit diesem Umstand nicht die geradezu ausnahmsweise Gutartigkeit zusammenhängt.

Man kann sich nämlich leicht vorstellen, dafs da, wo das Mikrosporon die gröfste Zähigkeit und pathogene Ausbreitungsfähigkeit besitzt, wie in Paris und London, auch die geeignetsten Lebensbedingungen für dieses Hyphomycet bestehen und dafs diese Bedingungen im Gegenteil fehlen in Ländern wie Italien, wo der nämliche Pilz wenigstens als Parasit höchst selten ist oder gar nicht vorkommt. Hierauf gestützt kann man dann auch annehmen, dafs derselbe, wenn er nach Gegenden importiert wird, wo er nicht endemisch ist, nicht dieselben schweren klinischen Formen veranlassen kann und nicht die gleiche Fähigkeit sich auszubreiten besitzt, weil er auf ungünstige äufsere Verhältnisse stöfst, die sich mit seinen eigenen Eigenschaften und denen des Bodens, auf dem er sich festsetzt, nicht in Einklang bringen lassen. Dies schliefst die Möglichkeit keineswegs aus, dafs derselbe Pilz unter gewissen günstigen Bedingungen (Dichtigkeit der Bevölkerung etc.) sich anpassen könne, indem er seine pathogenen Eigenschaften beibehält oder wiedererlangt, so dafs er von einem Augenblicke zum andern epidemischen oder endemischen Charakter annehmen kann und zwar selbst in Gegenden, wo er sonst nur vereinzelt vorkommt, wenig pathogen ist oder überhaupt nicht existiert. Diese Möglichkeit mufs man wohl in Betracht ziehen; denn, obwohl noch wenig über die geographische Verbreitung des Mikrosporon Audouini bekannt ist, weifs man doch, dafs man es bisher in den verschiedensten Klimaten gefunden hat, so in London, Paris, Bordeaux, Barcelona und

unlängst im Senegal (COURMONT). Vielleicht kommt es überhaupt nicht auf besondere für die Lebensfähigkeit des Pilzes bezüglich seiner Umgebung günstige oder ungünstige Bedingungen an, indem sich alles auf seine Anpassungsfähigkeit bei günstigen oder zufälligen Verhältnissen beschränken könnte.

Jedenfalls müssen wir, indem wir alle diese Theorien, die uns vorläufig zu keinem praktischen Resultate führen können, bei Seite lassen, besonders darnach trachten, die biologischen Eigenschaften unseres pathogenen Pilzes zu erkennen zu suchen, wenn wir irgendwelche positive Anhaltspunkte zur Erklärung der Gutartigkeit unseres Falles gewinnen wollen.

Wir wissen nämlich speziell durch die Untersuchungen von BODIN, dafs nicht nur botanisch verschiedene Varietäten oder Arten von Trichophyton existieren, sondern dafs beim Menschen und den Haustieren diverse parasitäre Varietäten des Mikrosporon Audouini vorkommen, die sich von einander durch kulturelle Eigenschaften und ihre verschiedene Befruchtungsweise auf den künstlichen Nährböden unterscheiden.

Ich hatte demnach zu untersuchen, ob das Mikrosporon, das ich bei meiner Patientin nachgewiesen, das gewöhnliche von SABOURAUD in Paris beobachtete (M. des Kindes, SABOURAUD) oder eine andere der drei bisher bekannten verschiedenen Arten sei, nämlich: das M. equi von SABOURAUD, das M. equi von DELACROIX-BODIN, das M. canis von BODIN-ALMY oder endlich eine andere bisher noch nicht beschriebene botanische Art.

Wir werden folgende Punkte zu berücksichtigen haben: 1. das klinische Bild der Krankheit, 2. die mikroskopische Untersuchung der affizierten Haare und 3. die Kulturen und die experimentellen Inokulationen.

Was zunächst den klinischen Verlauf anbelangt, so läfst sich leicht aus der angeführten Krankengeschichte erkennen, dafs sich die Affektion unter dem typischen Bilde einer Tinea mikrosporon entwickelte, wie sie von SABOURAUD beschrieben worden, und zwar handelt es sich um eine noch ganz frische Eruption mit einer Plaque in voller Entwickelung auf dem Nacken und zwei kleineren durch sekundäre Inokulation entstandenen Centren in einiger Entfernung. Aus dem bloßen objektiven Verhalten der Läsionen liefs sich deshalb gewifs nicht auf das Vorhandensein eines von dem gewöhnlichen verschiedenen Mikrosporons schliefsen und noch weniger der ungewöhnliche Verlauf voraussehen.

Bezüglich der Beschaffenheit der einzelnen erkrankten Haare haben wir uns überzeugen können, dafs sie sich von denjenigen bei der SABOURAUDschen „teigne tondante rebelle“ nicht unterscheiden, indem sie ebenfalls in einer gewissen Entfernung von der Follikelmündung abgebrochen, viel dicker als die gesunden, von grauweifser Farbe waren

und eine rauhe Oberfläche zeigten. Doch muſs ich hier erwähnen, daſs sie in meinem Falle nicht so brüchig waren, wie sie SABOURAUD gewöhnlich gefunden. Nach dem reichlichen pariser Material, das ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, zu urteilen, steht der Grad der Brüchigkeit der Haare bei Tinea mikrosporon ungefähr in der Mitte zwischen derjenigen bei Favus und beim gewöhnlichen Herpes tonsurans. Es ist mir bereits bei meinen ersten Untersuchungen aufgefallen, daſs die Mikrosporonhaare in siedender 40% Kalilauge leicht unverändert bleiben, während jedermann weiſs, wie schwer es fällt, ein Trichophytonhaar, das in der nämlichen Lösung gelegen hatte, auf einen Objektträger zu bringen, ohne es zu zerbrechen. In unserem Falle waren nun die Haare gegenüber Kalilauge noch widerstandsfähiger als die mir von SABOURAUD übersandten, was sich schon daran erkennen lieſs, daſs bei der Extraktion vieler ein groſser Teil des Wurzelabschnittes, bei einigen sogar der ganze Bulbus mitkam.

Der mikroskopische Befund der erkrankten Haare stimmt in unserem Falle mit dem öfters beschriebenen genau überein. Was in meinem sowie in allen ähnlichen Fällen auf den ersten Blick auffällt, ist das Vorhandensein von Myriaden kleinster Sporen, die regellos verteilt sind, dicht aneinander liegen und wie ein Mantel den Haarschaft umschlieſsen, so daſs dieser beträchtlich an Dicke zunimmt.

Bei der Mehrzahl der von mir untersuchten Haare läſst sich deutlich erkennen, daſs an der Verdickung des Haares nicht allein der charakteristische Sporenmantel teilnimmt, sondern noch eine Hülle von sich mehr oder weniger vollständig bedeckenden Hornblättchen, welche nach dem einen Ende des Haares hin das Aussehen einer Wurzelscheide annimmt (Vorhandensein der charakteristischen Zellen der HENLEschen Schicht), während sie am entgegengesetzten Ende die Fortsetzung der Hornschicht des Haartrichters bildet. Zwischen den Lamellen dieses peripilären Hornfutterals verlaufen dünne, zuweilen kurze, zuweilen sehr lange, gewundene, in groſser Entfernung gegliederte Mycelfäden, die von dem das Haar umgebenden Sporenmantel ausgehen.

Bei der genaueren Untersuchung der eigentlichen peripilären Pilzwucherung sieht man, daſs diese in den meisten Fällen nicht eine ununterbrochene und gleichmäſsige Sporenhülle bildet, wie dies bei der pariser Tinea mikrosporon ausnahmslos der Fall ist; sie ist vielmehr in ganz unregelmäſsiger Weise verteilt, die Sporenhaufen sind regellos zerstreut und zwischen ihnen liegen mehr oder weniger groſse Zwischenräume, wo das Haar, oberflächlich betrachtet, von jeder Pilzwucherung frei zu sein scheint. In einzelnen 6—7 mm langen Fragmenten verhalten sich beide Endstücke gleich, in anderen hingegen ist das Aussehen am Wurzelteil etwas verschieden, indem dort ein ununterbrochener Cylinder

dichtgedrängter Sporen das Haar eine Strecke weit umgiebt. In einzelnen Haaren, welche mitsamt dem Bulbus extrahiert werden konnten, sieht man die Sporen in kontinuierlicher Schicht nur auf dem Bulbus angeordnet, während weiter oben nur einzelne Sporenhaufen zu konstatieren sind und das Haar in seinem extrafollikulären Abschnitte pilzfrei erscheint. Bei starker Vergrößerung und mit einem guten Objektiv erkennt man leicht, daſs an den sporenlosen Stellen das Haar absolut nicht vom Pilze verschont geblieben ist; im Gegenteile befinden sich hier die Mycelien, welche wie die Sporen extracuticulär gelegen sind. Man kann somit sagen, daſs in der Mehrzahl der Haare, die ich untersucht habe, die Pilzvegetation im allgemeinen eine ununterbrochene Hülle um das Haar bildet, daſs diese Hülle aber stellenweise aus Sporen, stellenweise nur aus Mycelien besteht; die beiden Vegetationsformen wechseln miteinander ab.

Eine kurze Beschreibung des eigentümlichen Aussehens dieses der Cuticula dicht anliegenden Mycels läſst sich nicht so leicht geben; dasselbe weicht von demjenigen des mehr peripherwärts in der Wurzelscheide gelegenen bedeutend ab und läſst sich absolut nicht vergleichen mit dem, was man Trichophyton ektothrix genannt hat.

Dieses Mycel besteht nämlich aus ziemlich kurzen und dicken, meist C- oder S-förmig gekrümmten, kurzgegliederten Fäden, von denen einige in eine kugelige Spore, andere in eine Kette quadratischer mycelartiger Sporen enden. Sie sind, wie diese, doppeltkonturiert aber weniger lichtbrechend und scheinen um das Haar herum eine einzige Schicht zu bilden; ihre Verteilung auf demselben ist eine ganz unregelmäſsige, meist verlaufen sie in schiefer Richtung, wirbelartig und bilden in ihrer Gesamtheit eine Art Mosaik mit den sonderbarsten Zeichnungen.

Die Pilzinvasion beschränkt sich jedoch nicht auf diesen extrapilären Bezirk. Neben der aus Sporen und Mycelien bestehenden Vegetationsschicht, die sich auf der Cuticula ausbreitet und die fadenförmigen Hyphen aussendet, existiert noch eine intracorticale Pilzlage, der wir einige Worte widmen müssen.

Ohne besondere Zubereitung und ohne das Präparat zu zerzupfen oder zwischen Deckglas und Objektträger zu zerdrücken, sieht man dieses Mycel innerhalb der Corticalis ganz leicht, indem man bloſs warme 40% Kalilauge auftropft. Es sieht ganz anders aus als das extracuticuläre Mycel: die Fäden sind lichtbrechender, dünner, einfach konturiert, sehr lang und mit langgestreckten Gliedern. Auch mit dem von Sabouraud beschriebenen Mycel, das er im Innern seiner Mikrosporonhaare gefunden hat, stimmt es nicht genau überein, da in meinem Falle die Mycelien gar nicht verzweigt sind, einen geschlängelten Verlauf zeigen,

wenn auch meist in longitudinaler Richtung, und sich vielfach kreuzen und verfilzen.

Des weiteren sind in vielen Präparaten zwischen den Rindenfasern hier und da lange lufthaltige Kanäle in der Verlängerung der Mycelfäden zu sehen; dieselben stellen ohne Zweifel Involutionszustände eines Teiles des Myceliums dar. Das Vorhandensein dieser Luftkanäle trägt vielfach dazu bei, dafs man dieses intracorticale Mycel mit dem intracorticalen Mycel bei Favus verwechselt hat. Das Vorhandensein von Ketten quadratischer Sporen hätte diese Ähnlichkeit noch vervollständigt; sie konnten aber in unserem Falle niemals nachgewiesen werden.

Alle diese Einzelheiten lassen sich in demselben Präparate konstatieren, ohne dafs man dieses zu verrücken braucht. Nähert man nämlich das Objektiv immer mehr dem Deckglase, so sieht man zuerst in der obersten Schicht des Präparates die äufsere Mycelvegetation der Aufsenfläche der Cuticula aufliegen mit Sporengruppen, die auf der Mittellinie des Haares am besten sichtbar sind. Rückt man dann dem Präparate noch näher, so wird dieser Teil der Vegetation immer undeutlicher und verschwindet schliefslich ganz von der Oberfläche des Haarschaftes bis auf die seitlichen Abschnitte, während die äufseren Mycelfäden, die von ihm ausgehen, noch sichtbar sind; schliefslich erscheint das oben beschriebene intracorticale Mycel deutlich im Gesichtsfeld.

Aus allem diesem geht klar hervor, dafs der mikroskopische Befund in meinem Falle in vielen Punkten von dem abweicht, was SABOURAUD bei seiner pariser „teigne tondante rebelle" gefunden hat. Die Unterschiede will ich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Bei meiner Patientin ist die Pilzinvasion im Haare eine verhältnismäfsig beschränkte, wenn man sie mit der pariser Tinea mikrosporon vergleicht; daraus erklärt sich die geringere Brüchigkeit der Haare.

2. Die Haare sind aufser von einer Art Scheide, die ausschliefslich aus Pilzen besteht, von einem Hornfutteral umgeben, das sich eine Strecke weit über den extrafollikulären Abschnitt erstreckt.

3. In diesem Horncylinder, der sich zum Teil aus der Wurzelscheide, zum Teil aus dem Stratum corneum des Haartrichters zusammensetzt, erstrecken sich lange und ziemlich zahlreiche Mycelfäden, wie man sie bei der gewöhnlichen Tinea mikrosporon nicht findet. Dieser Umstand beweist, dafs der Pilz auch in den Epidermiselementen aufserhalb des Haares zu leben vermag und erklärt das Vorhandensein der kleinen accessorischen erythemato-squamösen Plaques, die wir in unserem Falle aufserhalb des Haarbodens konstatiert haben.

4. Die extracuticuläre, aus Pilzvegetationen bestehende Scheide, die dem Haarschaft anliegt, setzt sich nicht allein aus Sporen zusammen, sondern

zu einem grofsen Teil auch aus Mycelien, die eine ganz besondere Form und Verteilung zeigen.

5. Die älteren Vegetationsformen und dichtesten Pilzanhäufungen finden sich im Wurzelteile und speziell im Bulbus. Man mufs deshalb annehmen, dafs der Pilz vom Bulbus aus nach oben wächst und nicht in umgekehrter Richtung, wie dies SABOURAUD für sein pariser Mikrosporon angenommen hat.

6. Im Innern der Corticalis erzeugt der Pilz ein reichliches, leicht erkennbares Mycel, dafs gar keine Verzweigungen zeigt und ganz anders aussieht als das von SABOURAUD beschriebene und abgebildete, während es dem intracorticalen Mycel in Favushaaren sehr ähnlich ist.

Auf Grund dieses mikroskopischen Befundes können wir bereits behaupten, dafs es sich bei unserer Patientin, obwohl es zweifellos ein Fall von Tinea GRUBY war, nicht um die nämliche Art des Mikrosporon Audouini gehandelt hat, die unter den Kindern in Paris so häufig ist; diesem Umstande mufs man wahrscheinlich den gutartigen Verlauf der Mykose zuschreiben.

Allerdings würde diese Hypothese, so lange sie sich hauptsächlich auf das mikroskopische Aussehen stützt, viel an Wert verlieren, wenn man nachweisen könnte, dafs die Beschreibungen, welche SABOURAUD von seinem Mikrosporon gegeben hat, falsch und unvollständig sind, wie es FOX versucht hat. Dieser Autor will nämlich bei seinen Patienten in London ganz ähnliche Fälle wie ich in Parma beobachtet haben. Vor der Bestätigung dieses ungünstigen Urteils des Londoner Dermatologen sollte man aber notwendig nachweisen, dafs die mikroskopischen Unterschiede, welche dieser konstatiert, wirklich auf mangelhafter Beobachtung von seiten SABOURAUDS beruhen, was zum mindesten zweifelhaft ist.

Jedenfalls konnte diese wichtige Frage nicht mit Sicherheit entschieden werden ohne mykologische Untersuchung des isolierten Pilzes begleitet von experimentellen Inokulationen. In dieser Richtung bin ich denn auch gleichzeitig mit meinen histologischen Untersuchungen vorgegangen. Die Kulturen wurden im vergangenen März in ERLENMEYERschen Kölbchen auf glyceriniertem Serumagar angelegt (Agar mit Fleischbrühe 2 Dritteile, Blutserum 1 Dritteil, Glycerin 5 %). Andere Nährböden, wie Glycerin-Agar, Mannit-Agar und andere mit Zusatz von Kochsalz bis zu 5 % ergaben dasselbe positive Resultat.

Eines der ersten Präparate habe ich zum Vergleich an SABOURAUD geschickt und einer seiner Schüler, BODIN, hat sich besonders dafür interessiert, nachdem er sich bekanntlich bereits seit einigen Jahren mit vergleichenden Studien der verschiedenen Formen des Mikrosporon Audouini beschäftigt. Ich habe ihm die Entscheidung der Frage über-

Mibelli, De la pluralité des Trichophytons. *Annales de Derm. et Syph.* 1895. pag. 733.

E. Bodin, Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines. *Thèse de Paris.* 1896.

P. Courmont, De l'inoculabilité à l'animal du microsporum Audouini. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1896. No. 7.

T. Colcott Fox u. Frank R. Blaxall, On Ringworm. *Brit. Journ. of Dermatol.* 1896. Bd. VIII. No. 93—96.

P. Commont, Etude clin. et expérim. sur 990 types nouveaux de teignes exotiques. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.* 1896. No. 6.

Sabouraud, La question des teignes au III Congrès internat. tenu à Londres (1896). *Annales de Derm. et Syph.* 1896. pag. 1333.

Ducrey et Reale, Contribuzione allo studio delle tricofizie umane. *La Clinica moderna.* 1896. No. 21.

Bodin et Almy, Le microsporum du chien. *Recueil de méd. vétérinaire.* 15. März 1897.

Unna, Sur la culture et la pluralité des trichophytons. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1897. No. 5.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Über eine seltene, wahrscheinlich parasitäre Dermatose.

Von

Dr. Saverio Cannarsa in Termoli.

Vortrag, gehalten zu Moskau auf dem XII. internationalen medizinischen Kongreſs.

Ich möchte Ihnen eine kurze Beschreibung einer meines Wissens noch nicht beschriebenen Dermatose geben, die wegen der Ursache, auf die sie sich zurückführen läſst, interessant ist.

Am 16. August 1897 wurden zwei und am 18. sechs weitere Bauern sowie ein Mädchen, welche mit dem Transport von Bündeln einer gewissen Rohrsorte (Arundo donax, Schalmeienrohr) beschäftigt gewesen waren, von demselben Übel befallen.

Nach einer Zeitdauer, welche 12—24 Stunden beträgt, verspüren die Patienten eine gewisse Schwere in den Augenlidern, welche, wie dann auch die Lippen, das Scrotum, der Penis und die entblöſsten Körperstellen, anschwellen. Nach weiteren 5—6 Stunden wird das Scrotum an den Stellen, wo es die Kleidungsstücke berührt, schmerzhaft und die Patienten sind genötigt mit gespreizten Beinen und ganz kleinen Schritten zu gehen. Im Gesichte, am Scrotum und am Penis erscheinen sodann nach etwa

48 Stunden eine Menge kleiner roter, stecknadelkopfgroſser, zuerst getrennter, dann zusammenflieſsender Pünktchen, die sich in Blasen mit trübem, serös-eiterigem Inhalte verwandeln. Diese Bläschen und Pusteln brechen auf und der Inhalt tritt aus. An den Barthaaren geschieht dasselbe; der eiterige Prozeſs verändert sie aber nicht. Die Augenlider können bald infolge der Ansammlung von Eiter und Krusten nicht mehr geöffnet werden. Die Conjunctiva ist hyperämisch, die Sclerotica injiziert; es besteht aber keine Photophobie. Aus der Nasen-Rachenhöhle quillt (in einem Falle am dritten Tage) pechschwarzes Blut hervor, worauf der Kopfschmerz nachläſst. Es ist auch Fieber vorhanden, welches die Eruption begleitet und in direktem Verhältnisse zu deren Intensität steht, sodaſs es am dritten Tage bis 40,4° C. erreichen kann, worauf es wieder abnimmt und zwischen dem siebenten und achten Tage verschwindet. Die Zunge ist belegt und der Appetit fehlt vollständig; es besteht Druck in der Magengegend, Übelkeit, heftiger Durst, hartnäckige Stuhlverstopfung, sodaſs es uns in einem Falle erst nach 18 Tagen und nach Anwendung wiederholter Abführmittel und Klystiere Stuhlgang zu erzielen gelang. Die Patienten leiden an mäſsigem Kopfschmerz, an Schlaflosigkeit; die Kräfte verfallen rasch und kehren erst längere Zeit nach dem Fieberabfalle wieder. Häufige Schüttelfröste quälen die Kranken und während die unteren Gliedmaſsen sich kalt anfühlen, verspüren die Patienten eine intensive innere Hitze. Das Entleeren des spärlichen, blutroten, trüben und fötiden Urins ist sehr schmerzhaft. In einem Falle trat am 13. Tage ein Ödem der Malleolen auf, das spontan verschwand.

Die eiternden Stellen bedecken sich nach 8 Tagen mit Borken, welche nach und nach abfallen und einen Fleck zurücklassen, der seinerseits ebenfalls spurlos verschwindet. Die Haut, speziell am Scrotum, sieht nach ihrer Erneuerung glänzend aus; es findet kein Haarausfall statt. Die Dermatose verläuft innerhalb 6 Tagen in den leichteren und innerhalb 18 Tagen in den schwereren Fällen. Wofür sollen wir dieselbe nun halten? Mit welchen anderen läſst sie sich vergleichen? Welches ist ihre Ursache? Ich will der Kürze halber die beiden ersteren Fragen unbeantwortet lassen.

Die Patienten waren mit den genannten Materialien in Berührung gekommen, die im Januar geschnitten und sodann beiseite gelegt worden waren. An den Blättern der Halme, welche etwas feucht und von schwärzlicher Farbe waren, sah man ein schmutzigweiſses Pulver. Die Lufttemperatur betrug damals im Maximum 33 und im Minimum 25° C. Ohne Zweifel konnte dieses Pulver die Ursache der Erkrankung sein. Ich selbst fühlte bei der Berührung des Pulvers Brennen an den Händen und äuſseren Schleimhäuten; der Apotheker, bei dem ein kleiner Vorrat des Stoffes deponiert wurde, hatte bald über Kopfschmerzen zu klagen.

Die reizende und entzündungserregende Wirkung dieses eigentümlichen Pulvers wurde dann auch an einem Pferde erprobt, das folgende Erscheinungen zeigte: Anschwellen des Maules und Ausfluſs eines stinkenden, fadenziehenden Eiters aus der Nase; Hyperämie und schleimige Sekretion der Augen, enorme Anschwellung des Scrotums, das sich mit Pusteln bedecke, blutende Excoriationen am Penis und den haarlosen Körperteilen. Die Defäkation und Miktion erschien beschwerlich und schmerzhaft; es bestand Appetitmangel, augenscheinlich mit Schmerzen beim Ergreifen des Futters; allgemeines Unwohlsein. Einer der Patienten infizierte nach einem Coitus eine Frau, bei der sich Jucken und Anschwellung der Genitalien mit Sekretion eines fadenziehenden Schleimes einstellte. Behufs genauerer chemischer, mikroskopischer und experimenteller Untersuchung schickte ich das Pulver an kompetentere Persönlichkeiten. Ich glaube der erste gewesen zu sein, der auf diese eigentümliche fieberhafte Dermatose hingewiesen hat, welche durch einen pulverförmigen Stoff verursacht wird, der sich unter noch unbekannten Umständen auf den Blättern des Arundo donax bildet.

Ich lasse nun noch eine kurze Übersicht der aus den verschiedenen Laboratorien bei mir eingetroffenen Antworten folgen:

1. Aus der „Stazione di Patologia vegetale di Roma“: Es handelt sich um einen Pilz, der zur Familie der Hyphomyceten gehört, das Dendrodochium microsorus; derselbe hat die fragliche Dermatose verursacht. Prof. Brigii wird darüber in der italienischen botanischen Gesellschaft referieren.

2. Von den Proff. N. Berlese in Camerino und A. Berlese in Portici: Man hat es mit einer noch unbekannten Cochenillevarietät zu thun, welche Dr. P. Buffo in Portici ebenfalls gefunden und Aclerda Berlesii genannt hat.

3. Von den Proff. Cardarelli, Zagari und Pace wurden Experimente an Kaninchen gemacht und zwar mit positivem Erfolge; sie werden fortgesetzt.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus der Praxis.

Kokainsalz und Kokainbase.

Von

P. G. Unna.

Als ich — wie ich glaube als erster — 1885 das Kokain gegen Dermatosen empfahl und zwar zunächst zur Behandlung wunder Brustwarzen,[1] bemerkte ich: „Bei erhaltener Hornschicht ist die Wirkung aufgepinselter Lösungen zu schwach, um eine ausgedehntere Verwendung in Aussicht zu stellen. Genug, für die normale Haut ist die richtige Kokainapplikation noch nicht gefunden."

Eine erheblich gröfsere Ausdehnung als die äufserliche Kokainanwendung in der Dermatologie damals durch mich, Bockhart, Lustgarten u. a. erhielt, hat sie auch in den seither verflossenen 12 Jahren nicht erreicht. Sie wird immer mit Vorteil zu Anästhesierung von Geschwüren, Rhagaden und Wundflächen aller Art verwendet und dient wohl ganz allgemein als lokales Anästheticum vor der Ätzung oder Verschorfung von lupösen Wundflächen, Beingeschwüren etc. Dagegen hat sich das Kokainsalz in Salbenform zur Bekämpfung schmerzhafter und juckender Dermatosen, bei denen die Hornschicht erhalten ist, so bei trockenen Ekzemen, Lichen planus, Pruritus nicht eingebürgert und wird auch nur selten gegen solche Affektionen empfohlen, welche neben schmerzhaften und juckenden Empfindungen stellenweise oder vorübergehend von Hornschicht entblöfste Partien aufweisen, so beim nässenden Ekzem, Zoster, Herpes, wo die Anwendung nicht unrationell erscheint.

In der Anwendung des Kokainsalzes habe ich in meiner Praxis auch nur einen Fortschritt zu verzeichnen, der ein mehr äufserlicher ist, da er die Anwendung sparsamer und damit dieselbe auch Ärmeren, besonders den ganz besonders für Kokain geeigneten Lupösen zugänglich macht. In früheren Jahren brauchte ich wohl in dieser Absicht einen Kokainpastenstift, mit welchem die schmerzenden oder zu ätzenden Flächen, nachdem er mit Wasser benetzt war, bestrichen wurden. Aber selbst diese leise Berührung wird bei empfindlichen Kranken gescheut und so bin ich denn allmählich zum Gebrauche eines Kokainpulvers übergegangen:

[1] Siehe *diese Zeitschr.* 1885. Bd. IV. S. 71.

Cocaini hydrochlorici 0,5—1,0
Magnesiae carbonicae 10,0
M.

Mit demselben werden die erodierten und excoriierten Flächen besprüht oder betupft, oder man streut das Pulver auf eine feuchte Wattelage, die aufgelegt wird. Auch nach der Einpuderung kommt eine angefeuchtete Wattelage auf die kokainisierten Flächen, welche der Patient 10—15 Minuten sanft anzudrücken hat, ehe die Ätzung, das Brennen, die Applikation des schmerzhaften Pflastermulls oder dergl. vorgenommen wird.

Die Pulverform hat den Vorzug der Sparsamkeit in doppelter Beziehung. Einerseits kommt bei Anwendung des sich erst beim Gebrauche lösenden Kokainsalzes im Pulver jede Spur desselben langsam zur Wirkung, andererseits verdirbt nichts davon bei längerem Gebrauche, wie man es bei Lösungen oft erfährt. Die obige Menge kann zur Behandlung eines Lupuskranken bei täglichem Verbinden Monate lang vorhalten und wir sollten diese Wohlthat daher auch dem Ärmsten angedeihen lassen.

In einem ziemlich verzweifelten Falle von universellem Pruritus bei einem alten Herrn kam ich, die Nichtverwertbarkeit des Kokainsalzes lebhaft bedauernd, zuerst auf den Einfall, einen Versuch mit der Kokainbase zu machen, indem ich mir sowohl von deren direkter Einwirkung auf die saure Hornschicht wie von ihrer Löslichkeit in Äther auf der fetthaltigen, unverletzten Haut eine gröfsere Wirkung versprach.

E. Merck (Darmstadt) lieferte mir auf mein Ersuchen das reine Alkaloid: „Cocainum purum“ [2] und in der That hatte ich nicht nur in jenem Falle, sondern seither in mehreren analogen Fällen von unkomplizierten Pruritusfällen, insbesondere alter Leute, eine gute ausreichende Wirkung von der ätherischen oder spirituös-ätherischen, 1 bis 2%igen Lösung zu verzeichnen. Ich liefs dieselbe einfach aufwischen, mit dem Sprayglase versprühen oder mit geringen Mengen Kollodium versetzt, um die Wirkung zu verlängern, auch aufpinseln. Da diese Fälle gerade solche sind, in welchen häufig alle Antipruriginosa in Stich lassen, so reiht sich das Cocainum purum den alsdann indicierten und zu versuchenden Heilmitteln in glücklichster Weise an.

Ich verdanke einer privaten Mitteilung von Herrn E. Merck die Notiz, dafs seine Fabrik das Alkaloid bereits im April 1862 darstellte, zwei Jahre nachdem es von Niemann im Wöhlerschen Laboratorium entdeckt war. Inzwischen ist dasselbe kaum jemals dort verlangt worden, aufser von Apothekern, um sich selbst Salze desselben darzustellen. Es hat daher auch wohl bisher keine medizinische Verwendung erlangt.

Es ist aber nach meiner Ansicht und Erfahrung überall dort den Kokainsalzen (Hydrochlorat, Oleinat) vorzuziehen, wo es sich um eine

wohlerhaltene oder wenig lädierte Hornschicht handelt, also hauptsächlich bei allen Pruritusformen und Parästhesien, hier in ätherischer, spirituös-ätherischer Lösung oder als dünner Kollodiumfirnifs, sodann bei Ekzemen mit starkem Juckreiz, vor allem pruriginösen Ekzemen mit starken Kratzeffekten, beim Zoster und bei manchen Formen von Lichen planus intercurrent mit der eigentlichen Behandlung dieser Dermatosen. In den letzteren Fällen kann man es auch zweckmäfsig als Öl oder bei Verdickung der Hornschicht als Salbenseife verordnen:

Cocaini puri Merck 1,0—2,0
Spiritus aetherei ad 50,0
Collodii 1,0
M.

Cocaini puri Merck 1,0
Sapon. unguinosi Mielck ad 50,0
M.

Cocaini puri Merck 1,0
Ol. amygdal. ad 50,0
M.

Ich halte es durchaus für möglich, dafs auf unverletzter Haut sich auch andere Alkaloide besser bewähren werden als die entsprechenden Salze. Vergleichende Versuche in dieser Richtung dermatologischerseits (z. B. mit den Basen: Atropin, Morphin, Kodein, Hyoscyamin, Chinin, Pilokarpin, Nikotin) sind wünschenswert und erscheinen aussichtsvoll.

---

[2] Dasselbe löst sich nach **Merck** in 5,45 Teilen Äther von 0,720 sp. G. Ph. G. III, in 9,48 Teilen Alk. absol., in 15,32 Teilen Spiritus dilutus Ph. G. III.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Februar 1898.

(Original-Bericht von L. **Hoffmann**-Berlin.)

Herr **Rosenthal** stellt den von ihm in der Diskussion über die **Radikaloperation des Lupus** erwähnten Patienten vor. Dieser, ein junger Mann hatte an drei Körperstellen tuberkulöse Hautaffektionen gezeigt, auf dem einen Handrücken eine Tuberculosis cutis verrucosa, auf einem Oberarm ein Scrophuloderma und auf der linken Ohrmuschel einen Lupus, welcher dieselbe zu drei Vierteilen vorn und hinten ergriffen hatte und auch in den äufseren Gehörgang eingedrungen war. Alle drei Herde sind durch die Exstirpation beseitigt, die Defekte durch **Thiersch**sche Transplantation bedeckt und es ist ein sehr günstiges Resultat erzielt worden.

Herr **Immerwahr** stellt einen fünfjährigen Knaben mit einer **extragenitalen Syphilisinfektion** vor. Derselbe zeigte im September ein makulo-papulöses Exanthem

am Körper, Impetigo des Kopfes, Drüsenschwellung und Coryza. Ein Primäraffekt war nicht zu entdecken, ebensowenig die Art der Übertragung. Die Drüsen links am Halse waren jedoch besonders geschwollen und hatten schon einige Monate bestanden, sodafs der Sitz des Primäraffekts wahrscheinlich im Munde gewesen sein mag. Auf innerliche Kalomeldarreichungen sind die Erscheinungen geschwunden.

Herr Lesser erwähnt im Anschlufs an diesen Fall, dafs er einen etwa 9 Jahre alten Knaben in Behandlung habe, der sich einen Primäraffekt auf der Backe zugezogen hat. Die Mutter desselben, eine Wäscherin, nahm beim Wäscheabtragen den Knaben wiederholt mit, und dieser ist dann, da sie auch für Prostituierte arbeitete, gelegentlich durch einen Kufs angesteckt worden.

Herr Gerson stellt eine junge Dame mit **Erythema exsudativum annulare** an beiden Händen vor, welches dadurch ausgezeichnet ist, dafs es seit drei Jahren regelmäfsig im Winter auftritt, immer ein Vierteljahr, nicht wie sonst vier Wochen, dauert, aufserordentlich symmetrisch angeordnet ist, sodafs die einzelnen Efflorescenzen auf den Fingern wie dem Handgelenk beiderseits an genau gleichen Stellen sitzen und dafs es eine grofse Ähnlichkeit mit Frostbeulen zeigt.

Herr Blaschko hat solche Fälle häufig zu sehen Gelegenheit und bezeichnet sie als Erythema annulare e frigore, subsummiert sie jedoch unter das Kapitel der Frostbeulen. Die beiden Hauptformen der durch Frost hervorgebrachten Hauterscheinungen sind die echten Perniones und dieses annuläre Erythem, welches man beim ersten Anblick mitunter garnicht vom gewöhnlichen Erythema exsudativum unterscheiden kann, während man andererseits die Frostbeulen dem Erythema nodosum anreihen könnte. Auch Zwischenformen kommen vor. — Herr Lesser will Frost vollständig vom Erythema multiforme scheiden, da ersterer durch äufserliche Kältewirkung, letzteres als Infektionskrankheit durch innere Ursachen hervorgebracht werde. In diesem Falle würde er wegen der auffallenden Symmetrie Erythema multiforme diagnostizieren; dafs etwas derartiges durch Frost entstehe, glaubt er nicht. Auffällig sei der lange Bestand der Efflorescenzen. — Herr Blaschko ist der Ansicht, dafs für das Erythema multiforme eine ganze Reihe von Dingen ätiologisch in Betracht kommen, welche trotz ihrer Verschiedenheit die gleichen Erscheinungen machen. Es verhält sich hiermit vielleicht ähnlich wie mit dem Herpes zoster, dafs neben einem idiopathischen Erythema multiforme, einer Infektionskrankheit sui generis, ein symptomatisches auftrete von meist toxischer Natur; so könne ja fast jede Infektionskrankheit mit Erythema multiforme einhergehen. Ebenso wie die Toxine könnte auch die Kälte eine solche Wirkung auf die Haut ausüben. Man müsse nicht zwischen Frost und Erythem unterscheiden, sondern zwischen dem idiopathischen Erythema multiforme und dem symptomatischen, der Begleiterscheinung so vieler Infektionen und Intoxikationen. Bemerkenswert sei es, dafs bei schwerer Chlorose, bei welcher Erythema multiforme gar nicht selten sei, auch diese Frosterytheme häufiger beobachtet werden.

Herr Isaac II stellt einen 78jährigen Patienten vor, der seit zwei Jahren an einer eigentümlichen, stark juckenden Dermatose leidet. Die Unterarme und die Hände sowie die unteren Extremitäten sind mit warzigen, etwa erbsengrofsen, metallglänzenden Exkrescenzen bedeckt; die Füfse zeigen eine bräunliche Verfärbung. Die Schleimhäute sind frei. Die Inguinaldrüsen sind stark geschwollen. Obgleich typische Lichenknötchen oder Übergangsformen nicht zu finden sind, glaubt Vortragender doch **Lichen ruber verrucosus** diagnostizieren zu sollen.

In dem zweiten von Herrn I. vorgestellten Falle handelt es sich um ausgedehnte **Striae atrophicae** auf beiden Seiten des Leibes und auf den Oberschenkeln bei einem jungen Manne, der in kurzer Zeit sehr fett geworden ist.

Herr Lesser schliefst sich in dem ersten Falle der Diagnose Lichen ruber verru-

cosus an. Es sei hier eine auffallende Beteiligung der Epidermis anzunehmen, hieraus erkläre sich die warzige Form der Knötchen, ähnlich wie es in den Handtellern und den Fufssohlen zu geschehen pflege. — Herr Rosenthal erklärt die warzige Form der Exkrescenzen aus der allgemeinen dekrepiden Konstitution und dem Alter des Patienten. Er erinnert an den in voriger Sitzung von Herrn Lion vorgestellten Fall von Lichen ruber planus bei einer 40jährigen, vor der Zeit gealterten Frau, deren Brust ähnliche warzige Knötchen zeigte. — Herr Isaac I hält die gestellte Diagnose nicht für richtig, da sich keinerlei gedellte Formen finden; man könnte ebensogut an Prurigo denken. — Herr Rosenthal erklärt sich das Fehlen typischer Lichenknötchen so, dafs bei der dekrepiden Konstitution des Mannes die Primäreffloreszenzen schnell diese warzige Beschaffenheit annehmen. — Herr Ostreicher hält eher Prurigo für vorliegend als Lichen ruber; dafür spreche das symmetrische Auftreten an den beiderseitigen Extremitäten, sowie das Freibleiben des Rumpfes. — Herrn Rosenthal sind Fälle von Lichen ruber verrucosus bekannt, in welchen typische Lichenknötchen fehlten. Gegen Prurigo spreche das ganze Aussehen des Kranken. Wenn dieser 78jährige sich sein Leben hindurch gekratzt hätte, so würde er braune Pigmentierung des Körpers zeigen, im Laufe der Zeit hätte die Prurigo sicher auch die Beugeseiten und den Stamm ergriffen, auch kämen solche warzigen Knötchen bei Prurigo nicht vor.

Hierauf hält Herr Lesser seinen Vortrag über **Antipyrinexantheme**. Entsprechend dem aufserordentlich verbreiteten Gebrauche des Antipyrins im Publikum sind auch die Antipyrinexantheme die häufigsten Arzneiexantheme. Vortragender beabsichtigt an dieser Stelle nicht, über die erythemartigen, urticariaartigen und bullösen Formen zu sprechen, sondern nur über den in loco recidivierenden und zu bleibenden Pigmentierungen führenden Typus dieser Exantheme. Er hat zwei solcher Fälle beobachtet. Ein 43jähriger Herr zeigte auf dem rechten Handrücken einen linsengrofsen, etwas lividen, perlmutterartigen Fleck, einen ebensolchen, aussehend wie Frost, auf dem linken Zeigefinger, einige ähnliche auf dem linken Oberschenkel, dem Penis und um den After. Herr L. konnte eine bestimmte Diagnose nicht stellen. Nach vier Wochen erschien nun der Patient wieder mit der Angabe, dafs die alten Stellen angeschwollen seien. In der That waren sämtliche pigmentierten Stellen geschwollen und von einem roten Hofe umgeben und verursachten am Penis und am After heftiges Jucken und Brennen. Patient hatte am Abend zuvor 1 g Migränin genommen. Um nun den experimentellen Nachweis zwischen diesen beiden Fakten zu erbringen, nahm Patient nach einigen Wochen wieder Migränin und schon nach zehn Minuten trat das Jucken und Brennen am Penis und After und nach wenigen Stunden dieselbe Eruption wie früher auf. Dasselbe trat ebenso prompt nach Einnahme reinen Antipyrins ein. — In dem zweiten Falle, in welchem L. Antipyrinexanthem diagnostizierte, konnte der experimentelle Nachweis nicht erbracht werden, weil der Patient fortblieb. Dieser zeigte auf der linken Seite des Unterleibes einen ca. markstückgrofsen, ovalen, braunen Fleck und einen ähnlichen auf der grofsen Zehe des linken Fufses. Beide schwollen anfallsweise an. Patient hatte wiederholt Antipyrin genommen. — Diesem Symptomenkomplex völlig gleiche Fälle hat Redner in der deutschen Litteratur nicht erwähnt gefunden, wohl aber bei französischen Autoren (Brocq, Hallopeau, Fournier, Morel-Lavallé). Charakteristisch für diesen Typus ist das Auftreten an wenigen, manchmal ganz vereinzelten Punkten, die unregelmäfsige und unsymmetrische Lokalisation, ferner das Bestehen gewisser Prädilektionsstellen; solche sind die Umgebungen der Körperöffnungen (Gesicht, Genitalien, Aftergegend), ferner die äufsersten Teile des Körpers (Hände und Füfse) und die dem Drucke ausgesetzten Partien. — Das zweite Charakteristikum ist das Zurückbleiben

erheblicher Pigmentierungen. Diese dunklen Stellen, oft von 8—10 cm im Durchmesser, können jahrelang unverändert persistieren und zugleich eine geringe frostbeulenartige Infiltration zeigen. — Das dritte Charakteristikum ist die Regelmäfsigkeit, mit welcher bei Recidiven immer wieder die alten Stellen ergriffen werden, wenn auch neue allmählich hinzukommen. Diese Eigenschaft hat unser Typus mit allen Antipyrinexanthemen gemein, ebenso wie das lebhafte Brennen und Jucken an den erkrankten Stellen. — Eine besondere Eigentümlichkeit dieser Exantheme ist ihr aufserordentlich rasches Auftreten nach dem Antipyringenufs. Es ist mehrfach beobachtet, dafs die Hauterscheinungen schon zehn Minuten nach Einnahme des Mittels sich bemerkbar machten. — Hervorzuheben ist die Schwierigkeit der Diagnose: Fournier diagnostizierte in seinem Falle zunächst Psoriasis palmaris, Brocq in seinem ein menstruelles Exanthem, Redner hielt den ersten Fall zunächst für einen abheilenden Lichen ruber. — Was die Antipyrinexantheme im allgemeinen anbetrifft, so kommen Fälle von erheblicher Schwere vor, einhergehend mit hohem Fieber und starker Beteiligung der Schleimhäute, namentlich des Mundes, sowie von unangenehm langer Dauer. Auffallend ist die bizarre Art, in welcher die einzelnen Personen auf das Antipyrin reagieren. In dieser Beziehung kommen drei Arten vor. Bei gewissen Personen besteht eine temporäre Idiosynkrasie, indem sie das Mittel eine Zeit lang ungestraft nehmen können, bis einmal ein Exanthem auftritt und nun die Eruption das eine Mal auftritt, das andere Mal nicht. Andere bekommen das Exanthem jedesmal. Endlich giebt es solche, die das Mittel lange Zeit gut vertragen haben, bis auf einmal eine Reaktion eintritt, und von nun ab auch nicht die kleinsten Dosen ohne nachfolgende Reaktion genommen werden können. Fournier hat diese letzteren Fälle aus einer Sättigungstheorie zu erklären gesucht, doch sind diese Dinge in ihrem Zusammenhange ebenso schwer zu verstehen wie die Menstruationsexantheme.

Herr Wechselmann berichtet über fünf Fälle von **Antipyrinexanthem** aus der Poliklinik des Herrn Köbner, von denen vier in die eben beschriebene Klasse gehören. Ein Herr, der an Atheromatose und Nierenblutungen litt, zeigte seit einiger Zeit einen einzigen ca. fünfmarkstückgrofsen Fleck mit Sugillationen auf dem Handrücken. Die Resorption war eine zögernde und es blieb eine Pigmentierung zurück. In einem anderen Falle bekam eine Dame nach 1 g Antipyrin ein Exanthem der Mundschleimhaut und der Lider, ein Herr ein solches auf dem Penis und in der Raphe scroti; im vierten Falle trat ein scharlachähnliches Exanthem über den ganzen Körper auf, und in dem fünften Falle handelte es sich wieder um einen Herrn, der auf beiden Handrücken, auf dem einen einen thaler-, auf dem andern einen markstückgrofsen, pigmentierten Fleck zeigte und einige kleinere Flecken auf den Fingern, Unterarmen und an den Lippen.

Herr Blaschko hält die Kenntnis dieses hier beschriebenen Symptomenkomplexes gerade in den Fällen für äufserst wichtig, wo sich der Ausschlag zugleich im Munde und an den Genitalien lokalisiert, weil hier leicht Verwechslungen mit Syphilis vorkommen. Redner hat zwei solche Fälle gesehen, welche lange Zeit als Syphilis behandelt worden waren. Unter dem Präputium hatten sich Erosionen gebildet, welche genau erodierten Papeln glichen. In zwei anderen Fällen war die Affektion nur auf die Schleimhaut des Mundes beschränkt. Es bildeten sich hier pemphigusähnliche Blasen, welche bald abblätterten und so schmerzhafte Ulcerationen zurückliefsen, dafs die Patienten sich acht Tage lang nur von kühler Milch nähren konnten. Eine interessante Beobachtung hat er an sich selbst gemacht. Nachdem er lange Zeit Antipyrin ohne Schaden genommen hatte, bekam er einmal nach 1 g Antipyrin einen Herpes labialis an dem rechten Mundwinkel und von nun an jedesmal nach Gebrauch dieses Mittels an derselben Stelle. Der Herpes trat etwa nach 2—3 Stunden auf,

aber schon nach ½ Minute fühlte er an dieser Stelle ein heftiges Brennen, sodafs er glaubte, dasselbe wäre durch direkten Kontakt mit dem Pulver hervorgebracht. Als er jedoch das Pulver in einer Kapsel nahm, trat dasselbe Brennen nur wenig verzögert auf. Auch ½ und ¼ g des Mittels erzeugen bei ihm diese Erscheinungen.

Herr Gebert hat einen Fall beobachtet, in welchem jedesmal nach Antipyringebrauch an derselben Stelle ein Herpes genitalis auftrat. Schon 10 Minuten nach der Einnahme empfand der Patient an dieser Stelle heftiges Brennen und später erschienen hier die Bläschen. Ein anderer Patient bekam diesen Herpes nach Antipyrin erst, nachdem er einmal eine Blennorrhoe durchgemacht hatte. Von da an hatte der Patient gleich nach dem Antipyringebrauch das Gefühl, als ob eine neue Blennorrhoe (Jucken und Brennen in der Harnröhre) im Anzuge wäre, und nach einiger Zeit erschien ein Herpes genitalis. In beiden Fällen ist der Zusammenhang experimentell nachgewiesen worden.

Herr Brock beobachtete einen Patienten, bei welchem regelmäfsig nach Antipyrin ein thalergrofser Fleck auf der rechten Seite des Abdomens wiederkehrte, welcher sich in 8—10 Tagen zurückbildete und eine leichte Pigmentation zurückliefs.

Herr Rosenthal macht noch einmal auf die Schwierigkeit der Diagnose aufmerksam, wenn es sich um eine Kombination bullöser Erscheinungen im Munde und an den Genitalen handelt. — Noch häufiger als diese Exanthemformen ist jedoch das Auftreten kongestiver Ödeme nach Antipyrin. Die betreffenden Personen bekommen Anschwellungen der Augen, der Lider, der Ohren u. s. w., Erscheinungen, welche der Riesenurticaria gleichen, und in den meisten Fällen kann der behandelnde Arzt sich dieselben nicht erklären. Hier mufs man an Antipyrin denken. — Die Antipyrin-Idiosynkrasie verhält sich analog allen anderen Idiosynkrasien, den angeborenen wie den erworbenen. In seiner Arbeit „Über merkurielle Exantheme“ hat er das Wesen derselben zu erörtern versucht.

Herr Lippmann demonstriert alsdann die drei **Specula**, welche der amerikanische Arzt Walther Otis **zur Untersuchung des Rectums** in drei Abschnitten angegeben hat. Das Instrumentarium, welches eine bessere Inspektion der Rectalschleimhaut gewährt als die älteren Specula, ist von Josef Leiter in Wien zu beziehen.

---

65. Jahresversammlung der British Medical Association,

abgehalten zu Montreal vom 31. August bis 3. September 1897.

(*The British Medical Journal.* September und Oktober 1897.)

Sektion für Dermatologie.

Der Vorsitzende, Herr Malcolm Morris, spricht über die **Entwickelung und die Fortschritte der Dermatologie.**

Dr. G. Th. Jackson berichtet über einen **Fall von idiopathischem, multiplen Pigmentsarkom** (Typus Kaposi). Der Patient ist ein 47jähriger, grofser, kräftig gebauter, intelligenter Mann, der über die Entstehung und das Fortschreiten seiner Krankheit genaue, glaubwürdige Angaben macht. Bis vor 21 Jahren sei er vollständig gesund gewesen. Damals mufste er eine ganze Nacht bei sehr kaltem Wetter zubringen, wobei er beinahe erfroren wäre. Kurze Zeit darauf zeigten sich zuerst am kleinen Finger der rechten Hand, später auch an den übrigen Fingern und an den Zehen beider Füfse kleine Tumoren. Die Affektion habe, trotzdem er zahlreiche Ärzte konsultiert und viel behandelt worden sei, nach und nach die heutige Ausdehnung gewonnen. Sein Allgemeinbefinden sei bis zum heutigen Tage ein gutes geblieben. — Von der Affektion sind gegenwärtig nur die oberen und unteren Extremitäten befallen, während nach den Angaben des Patienten früher auch das Gesicht

ergriffen gewesen sei. Hier hätten sich die Knoten spontan zurückgebildet. Die Handrücken und die Finger sind bedeckt von erbsengroſsen, dicht gedrängt sitzenden, sich weich anfühlenden Knoten. Das ganze Aussehen derselben erinnert an Lepra. An den Handtellern befinden sich in geringerer Anzahl ähnliche Geschwülste. Die Hautfarbe ist an den Stellen, wo die Knoten sitzen, eine ganz dunkle, nahezu schwarze. Die Beine und Füſse sind dicht besät mit gleichen dunkelblauen, fast schwarzen Knoten. Dieselben zeigen keine Neigung zum Zerfall. — — Dr. G. T. Elliot berichtet über den mikroskopischen Befund eines excidierten Knotens. Danach handelt es sich in dem vorerwähnten Falle um ein Neoplasma im Corium und zwar um ein Kleinspindelzellensarkom, das mit Rücksicht auf die excessive angiomatöse Entwickelung und die zahlreichen Pigmentablagerungen recht eigentlich „Pigment-Angiosarcoma“ genannt werden sollte. — Die Herren Hyde, Galloway, Corlett berichten über analoge Fälle aus ihrer Praxis.

Über die nicht-chirurgische Behandlung von Furunkeln, Karbunkeln und Nagelentzündungen spricht Dr. L. D. Bulkley. Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Pathogenese dieser Affektionen teilt der Vortragende seine therapeutischen Erfolge mit, die er ohne Anwendung des Messers oder der von warmen Kataplasmen bei der Behandlung der Furunkel, Karbunkel und Nagelentzündungen seit zehn Jahren erzielt habe. Für die Furunkel verschreibt er folgende Salbe:

℞ *Acid. carbol.* 0,3—0,6,
Extr. Ergot. fluid. 4,0—8,0,
Pulv. Amyl., Zinci oxyd. ää 8,0,
Unguent. aquae ros. ad 100,0.
M. f. ung.

Die Salbe wird in dicker Lage auf ein Stück Watte gestrichen und diese auf die entzündete Fläche gelegt. Die Enden der Watte reichen über den Bezirk des Furunkels hinaus und werden durch Heftpflasterstreifen derart befestigt, daſs die direkt über dem Furunkel befindliche Watte zwar frei von Pflaster, aber doch gut festgehalten wird. Die Watte mit der Salbe kann alle 12—20 Stunden frisch gewechselt werden, nachdem vorher etwaige Absonderungen aus dem Furunkel entfernt und die Fläche gut gereinigt und abgetrocknet ist. Die Salbe kommt so lange zur Anwendung, bis der Furunkel vollständig geheilt ist. — Beim Karbunkel, der nur als ein groſser Furunkel anzusehen ist, war die lokale Behandlung dieselbe wie die eben beschriebene, ganz gleich ob derselbe auf dem Nacken oder im Gesichte saſs, einen groſsen oder kleinen Umfang hatte. Der Erfolg ist seit 15 Jahren ein stets guter gewesen. — Die Nagelentzündungen, nicht nur die oberflächlichen, sondern auch die tief sitzenden behandelt Vortragender mit Diachylonsalbe genau nach der Hebraschen Vorschrift bereitet. Die Erfolge waren auch hier seit Jahren zumeist sehr gute. Abgesehen von der lokalen Behandlung rät der Vortragende unter Berücksichtigung des Allgemeinbefindens der Patienten die interne Medikation nicht zu vernachlässigen.

Dr. W. Th. Corlett-Cleveland spricht über die **Wichtigkeit der allgemeinen therapeutischen Maſsnahmen bei der Behandlung von Hautkrankheiten.** Das gegenwärtige Jahrhundert weist zwei entgegengesetzte Standpunkte hinsichtlich der Behandlung der Hautkrankheiten auf. Im Beginn des Jahrhunderts wurden die letzteren vorwiegend als das Resultat konstitutioneller Erkrankungen, Diathesen etc. angesehen und dementsprechend auch meist mit inneren Mitteln bekämpft. Der Glaube an die Wirkung der Medikamente stand auf seiner Höhe. Durch die Entdeckung der Krätzmilbe, des Haarpilzes wurde dieser Glaube erschüttert. Um die

Mitte des Jahrhunderts führten die Lehren Ferdinand Hebras zu dem entgegengesetzten Standpunkte, dafs die Hautkrankheiten zumeist äufseren Ursachen ihre Entstehung verdanken. Dieser Standpunkt wird heute noch von der Mehrzahl deutscher Forscher eingenommen. Vortragender zeigt nun an einzelnen Hautkrankheiten, so besonders am Ekzem, wie nicht lediglich äufsere Momente, sondern in vielen Fällen auch innere Krankheiten, seien sie nervöser oder digestiver Natur, das Entstehen, Fortschreiten und Verschwinden von Hautkrankheiten beeinflussen können.

Dr. James Galloway: **Über eine Form pathologischer Pigmentation, als Vorläufer einer malignen Hautgeschwulst.** Ein 61jähriger Mann konsultierte den Vortragenden im April 1897 wegen eines an der rechten Fufssohle sitzenden Geschwürs, das sehr schwer heilen wollte. Vor fünf Jahren zeigten sich die ersten Anfänge der Affektion in Gestalt von Blasen an derselben Stelle. Der Patient pflegte eine solche Blase mit dem Fingernagel aufzustechen, worauf der Inhalt sich entleerte und nach 1—2 Tagen Heilung eintrat. Auffallend war von Anfang an der schwärzliche Rand oder Hof, von dem die Blase umgeben war. In der letzten Zeit heilten die Blasen an der Fufssohle nicht mehr ab, statt ihrer bildete sich ein Geschwür, das von allen Seiten von einem braunschwarz pigmentierten Hof eingeschlossen war und verdickte Ränder zeigte. Dasselbe erwies sich als bösartig und wurde in ausgiebiger Weise excidiert, worauf vollständige Heilung ohne Recidiv erfolgte. — Die mikroskopische Untersuchung ergab eine starke Vermehrung des Pigments in der Pallisadenschicht und in den oberen Schichten der Cutis, in der letzteren entsprechend der Pigmentmenge mehr oder weniger starke Neubildung von Zellen. Auf Grund seiner histologischen Befunde glaubt Vortragender sich zu der Annahme berechtigt, dafs das Pigment in gereiztem Zustande Anlafs zu stärkerer Pigmentation und den Anstofs zu malignen Transformationen giebt.

Dr. W. B. Coley berichtet über einen letal verlaufenen Fall von melanotischem Rundzellensarkom und plaidiert für frühzeitige Operation melanotischer oder melanotisch-verdächtiger Neubildungen. — Dr. Allen warnt den praktischen Arzt vor Entfernung dunkel pigmentierter Gewächse durch Unterbindung mit einem Faden oder mit Seide. Er habe Fälle beobachtet, bei denen eine solche Altweiber-Chirurgie zur rapiden Ausbreitung eines melanotischen Sarkoms Anlafs gegeben habe. Pigmentmäler im Gesicht, welche nicht tief dunkel, sondern bräunlich sind, habe er mittelst Elektrolyse unter Anwendung einer flachen Nadel beseitigt und niemals üble Folgen entstehen sehen.

Sektion für Chirurgie.

Dr. B. F. Curtis-New York spricht über: **Partielle Resektion der Blase wegen eines durch Distoma haematobium verursachten Geschwürs.** Die Art und Weise, auf welche der Parasit in den Körper gelangt, ist bis jetzt noch nicht ganz aufgeklärt. Man nimmt allgemein an, dafs er seinen Weg in die Urethra findet. Der Wurm lebt in den renalen und vesikalen Venen, produziert Eier, die mit dem Urin entleert werden. Die Eier werden zuerst in die Blasenschleimhaut eingebettet, verursachen hier kapilläre Blutungen, lokale Ulcerationen und Cystitis, wenn eine Infektion durch pyogene Keime hinzutritt. Auch Bildung von Steinen und malignen Tumoren an der Stelle der Geschwüre sind in einzelnen Fällen, die von Fenwick mitgeteilt werden, vorgekommen. Die Symptome sind gewöhnlich unbedeutend und beeinträchtigen das Allgemeinbefinden nur sehr wenig. Aber in seltenen Fällen sind die Leiden der Patienten so grofse wie bei den schlimmsten Formen von Cystitis, Blasensteinen und Blasengeschwülsten. Der Verlauf der Krankheit kann lang und kurz sein, je nach der Intensität der Erscheinungen. Die milden Fälle werden unter der Behandlung mit Blasenspülungen gut, andere erfordern gar keine Behandlung,

indem die Erscheinungen spontan verschwinden. Vortragender beschreibt einen schweren Fall bei einem 29jährigen Schotten, der während eines mehrjährigen Aufenthalts in Egypten daselbst die Krankheit acquirierte. Das Leiden fing mit Hämaturie an. Nicht selten wurden mit dem Urin Blutklumpen entleert, später stellte sich ein quälender Harndrang ein. Die durch Dr. Otis vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab einen Tumor in der Nähe des Orificiums des rechten Ureters. Da die Beschwerden unter keinen Mitteln weichen wollten, so wurde in Äthernarkose die suprapubikale Cystotomie ausgeführt. Man fand um den rechten Ureter herum eine cirkuläre erkrankte Partie. Dieselbe war der Sitz einer knotigen Infiltration. Die Knoten fühlten sich fest, aber nicht hart an. Stellenweise war die Schleimhaut über diesem Bezirk oberflächlich ulceriert und blutete leicht. Die Knoten wurden excidiert. Der Patient genas und blieb seitdem von seinen Beschwerden befreit. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung durch Dr. Thacker stellte fest papilläre Auswüchse in der erkrankten Schleimhaut, bedeckt von einer verdickten Epithelschicht. In dieser befanden sich Vertiefungen, in welchen die Eier des Parasiten lagen. Die umgebenden Gewebe zeigten sich entzündlich infiltriert und enthielten viele tuberkelähnliche Knoten, welche aus Bindegewebszellen, Riesenzellen und wenigen Leukocyten bestanden. Das Oberflächenepithel war zumeist verloren gegangen. Die tuberkelähnlichen Veränderungen waren denjenigen ähnlich, welche man um Fremdkörper, die in Geweben eingekapselt sind, vorfindet.

Sektion für innere Medizin.

Dr. **M. H. Fussell** beschreibt **zwei Fälle von Hämophilie.** Die Patienten waren Knaben von 10 bezw. 4 Jahren. Unter der Behandlung mit Eisenpräparaten trat bei beiden Besserung ein. Eine Untersuchung des Blutes auf Zahl, Gröfse und Gestalt der roten Blutkörperchen, auf Vermehrung der Lymphocyten scheint nicht vorgenommen worden zu sein, sodafs eine bestimmte Erklärung der Hämophilie und die Ursache der Leukocytose nicht angegeben werden kann.

Sektion für Pharmakologie und Therapie.

Diskussion über **die Behandlung der Syphilis:** Der Referent Dr. W. Whitla-Belfast unterzieht folgende Punkte einer eingehenden Betrachtung: 1. Die vermutliche Wirkung des Merkurs und der Jodide. 2. Wann soll man mit der Quecksilberbehandlung beginnen? Soll sie schon im primären Stadium vorgenommen werden? 3. Die verschiedenen Methoden der Applikation und der Dosierung des Quecksilbers und die notwendige Dauer der Merkurialbehandlung. 4. Die Behandlung der tertiären Symptome und der hereditären Syphilis. — Das Quecksilber in jeder beliebigen Form verordnet tritt schliefslich ins Blut ein und stöfst hier auf das syphilitische Gift, welches es zerstört. Nach der Ansicht des Vortragenden wird das Quecksilber, so lange das lebende syphilitische Virus im Blute und in den Geweben der Patienten verbleibt, seine antidotische Wirkung auf das Syphilisgift ausüben, ohne den Patienten zu schädigen. Sobald aber dieses erschöpft oder zerstört ist, erst dann wird das Quecksilber anfangen nachteilig zu wirken. Es ist eine bekannte Thatsache, dafs Syphilitiker eine staunenswerte Menge Quecksilber gut vertragen, welche Nichtsyphilitiker nicht ohne eine sehr empfindliche Beeinträchtigung ihrer Gesundheit ihrem Körper einverleiben könnten. Die Jodide wirken nicht direkt auf das syphilitische Virus, sondern auf die durch dasselbe hervorgerufenen Produkte, also hauptsächlich auf Rundzelleninfiltrate. Die Dosierung der Quecksilberpräparate richtet sich nach der Intensität der Erscheinungen und nach der Individualität der Patienten. Die Dauer der Behandlung soll sich nach dem Vorschlage des Redners auf wenigstens neun Monate nach dem Auftreten der sekundären Symptome erstrecken. Im folgenden

bespricht der Vortragende den Wert der einzelnen Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis.

J. V. Shoemaker-Philadelphia: Die Syphilis ist von Anfang bis zu Ende wesentlich ein und derselbe pathologische Prozefs. Die Initialsklerose ist mehr als nur eine lokale Erkrankung. Sie ist das erste äufsere Zeichen einer konstitutionellen Infektionskrankheit. Ich bin deshalb entschieden dafür, dafs sofort die Allgemeinbehandlung eingeleitet werde, nachdem die Diagnose auf harten Schanker gestellt ist. Ich halte die lokale Behandlung desselben für weniger wichtig als die allgemeine. Wo eine bedeutende Ulceration vorhanden ist, wird eine nicht zu intensive Kauterisation vielleicht die Heilung beschleunigen; in den meisten Fällen erreicht man mit Pudern, wie Kalomel, Bismutum subnitricum, Aristol, Europhen, Jodoform, Jodol u. a. gute Resultate. Die Excision des harten Schankers ist unpraktisch und meist erfolglos. Bei nicht ulcerierten Indurationen sind lokale Mafsnahmen nicht erforderlich. Welche Form auch immer die Initialsklerose annehmen mag, sie heilt unter der Allgemeinbehandlung viel rascher. Bei dieser zieht der Vortragende wegen der genaueren Dosierung die innerliche Verabreichung von Merkurpräparaten, so besonders der blauen Pillen, Kalomel etc. den Inunktionen und Fumigationen vor.

Die Herren J. N. Hyde, Malcolm Morris, Heavieux erklären sich mit den Ausführungen Whitlas im wesentlichen einverstanden. — Herr M. Morris beginnt die Quecksilberbehandlung so frühzeitig wie möglich. Unter den verschiedenen Methoden zieht er die Inunktionen vor und bedient sich hierbei einer mit Mollin verarbeiteten Quecksilbersalbe. Die Inunktionskur werde zweckmäfsig durch stimulierende Bäder, wie die Aachener oder Wiesbadener, unterstützt. — Dr. Bulkley möchte die Behandlung mit Quecksilber 5, 10, 20 Jahre fortgesetzt sehen, wofern noch syphilitische Anzeichen vorhanden seien. Wo Merkur hinreichend in Anwendung komme, da brauche man weniger Jodkalium, d. h. eine Kombination von Quecksilber- und Jodkaliumkur sei wirksamer als letztere für sich allein. — Dr. Leech konstatiert, dafs in der Diskussion über die Behandlung der Syphilis die alten Mittel, wie Sarsaparilla und Guajacum, gegenüber dem Merkur und dem Jodkalium vollständig und mit Recht vernachlässigt worden sind.

Sektion für öffentliche Gesundheitspflege.

Diskussion über die Frage: **Inwieweit sind Zwangsmafsregeln zur Eindämmung und Verhütung der Masern und des Keuchhustens von praktischem Werte?** — Bezüglich der Masern stellt Dr. P. H. Bryce folgende Thesen auf: 1. Täglich soll von der Schule aus vom Lehrer durch einen Boten oder per Telephon der Sanitätsbehörde das Fehlen eines Schülers angezeigt werden. 2. Eine sofortige Untersuchung durch den hierfür angestellten Arzt stellt die Krankheit des fehlenden Schülers fest. Auf diese Weise können die ersten Herde einer kontagiösen Krankheit rechtzeitig bekannt werden. 3. Der Lehrer hat jeden einer Infektionskrankheit verdächtigen Schüler anzuzeigen und seine sofortige Entfernung aus der Schule zu bewirken. 4. Jeder Haushaltungsvorstand resp. Familienvater ist unter Androhung schwerer Strafe anzuhalten, jeden im Hause oder in der Familie vorkommenden Fall anzuzeigen. Sache des öffentlichen Arztes ist es, die Natur der Infektionskrankheit, ob Masern, Scharlach, Keuchhusten, festzustellen und die entsprechenden Isolierungsmafsregeln anzuordnen. 5. Die Desinfektion des Hauses, von Gegenständen, Büchern etc. ist möglichst nach einer einfachen Methode von befähigten Mitgliedern der Sanitätsbehörde vorzunehmen. 6. Die Schule ist nur im äufsersten Falle gänzlich zu schliefsen. — Dr. Probst hält ebenfalls Zwangsmafsregeln, die sich auf strenge Beobachtung der Schulkinder beziehen, für notwendig, nicht nur eben dieser Schulkinder,

sondern vielmehr noch der kleineren, jüngeren Kinder wegen, die das schulpflichtige Alter noch nicht erreicht haben und die bei einer Erkrankung den gröfsten Procentsatz der Mortalität aufweisen. — Dr. H. Handford möchte von energischen Zwangsmafsregeln absehen und lieber durch Belehrung und Erziehung das Volk daran gewöhnen, jeden Einzelfall von Masern, Scharlach etc. zur Anzeige zu bringen und isoliert im Hospital behandeln zu lassen. In England bestehe ebenfalls eine gesetzliche Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten. Aber ohne den guten Willen der praktischen Ärzte und der Leute sei sie nur ein leerer Buchstabe.

Dr. S. T. Nelch spricht: **Über die Dauer der Infektiosität bei Scharlachfieber.** Die Frage, wann ein Rekonvalescent vom Scharlachfieber aufhört ansteckungsfähig zu sein, wird mit Bestimmtheit erst dann beantwortet werden können, wenn man das spezifische Scharlachmikrobion entdeckt haben und im stande sein wird, dasselbe auf leichte Weise jederzeit nachzuweisen. Bis dahin wird man sich auf die klinischen Erfahrungen stützen müssen. Für gewöhnlich braucht man für die Isolierung des Scharlachpatienten sechs Wochen. Vortragender hält diese Zeit selbst in milderen Fällen für zu kurz. Auf eine Umfrage in den Hospitälern bezüglich der Dauer der Isolierung von Scharlachpatienten habe er Antworten erhalten, in denen die kürzeste Periode zwischen 4—8 Wochen schwankte, die längste in einigen Fällen sich auf sechs Monate erstreckte. Durchschnittlich wechselt die Dauer der Isolierung zwischen 39—65 Tagen. Von Interesse ist das Verhältnis der Isolierungsdauer zur Frequenz der Recidivfälle. Wo die Isolierung 49 Tage und darunter dauerte, betrugen die Rückfälle durchschnittlich 1,86%, bei einer Dauer der Isolierung von 50 bis 56 Tagen kamen 1,12% Recidivfälle vor und wo die Isolierung sich auf 57—65 Tage erstreckte, waren 1% Recidive durchschnittlich zu verzeichnen. Die Zahl der letzteren scheint also desto kleiner zu sein, je länger die Isolierung dauert. Die Beendigung der Desquamation ist nach der Ansicht des Vortragenden ein schwacher und unzuverlässiger Führer in der Beurteilung der Dauer der Infektiosität beim Scharlachfieber. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 42, Heft 1. 1898.

I. **Über die Einführung und Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie,** von E. Schiff-Wien. Der Verfasser teilt in der vorliegenden Arbeit seine Erfahrungen mit, die er zusammen mit Dr. Freund seit Jahresfrist mit den Röntgenschen Strahlen gewonnen hat. Vorher werden die allgemeinen physiologischen Wirkungen der X-Strahlen registriert, die bereits andere Forscher publiziert haben. Sodann berichtet Verfasser ausführlich über die Experimente mit Röntgenstrahlen, welche an zwei jugendlichen Lupuspatienten angestellt worden sind. Die wichtigsten Momente aus den mitgeteilten Krankengeschichten sind folgende: 1. Die allgemeine entzündliche Reaktion, die in jedem der beschriebenen Fälle nach ca. zehntägiger Exposition auftrat und eine auffallend lange Zeit anhielt. 2. Die spezifische

Reaktion lupösen Gewebes auf Röntgenstrahlen dadurch, daſs nicht manifeste Lupusknoten durch längere Beleuchtung sichtbar werden. 3. Die Lockerung und der Ausfall von Lupusknötchen, die nach der Einwirkung der Röntgenstrahlen erfolgten. 4. Ein unmittelbares Abschwellen von infiltrierten Drüsen im Lymphgebiete des Lupusherdes im Anschlusse an die Exposition. 5. Durch die längere Einwirkung von X-Strahlen scheint die Umwandlung von torpiden Geschwüren in lebhafte Granulationswunden veranlaſst worden zu sein. — Die günstige Beeinflussung des Lupusprozesses durch die X-Strahlen, die auch von KÜMMELL, FIORENTINI und LUCASCHI konstatiert wurde, vermag Verfasser noch nicht hinreichend zu deuten. Einen direkten, deletären Einfluſs auf die Tuberkelbacillen möchte er noch nicht annehmen. Einfacher würden sich die beschriebenen Vorgänge erklären lassen, wenn man annehme, daſs die durch die X-Strahlen verursachte heftige Entzündung, die zunächst von den tiefen Hautschichten ihren Ausgang nimmt, als solche genüge, die Lebensbedingungen und damit das Fortkommen der Mikroorganismen zu beeinträchtigen.

II. **Granuloma trichophyticum MAJOCCHI**, von G. PINI-Bologna. Der Verfasser hatte Gelegenheit, einige Fälle jener speziellen Form der Dermatitis trichophytica zu beobachten, welche MAJOCCHI zuerst unter dem Namen des „Granuloma trichophyticum“ beschrieben hat. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur werden drei Fälle mitgeteilt, von denen der erste eine 20jährige Bäuerin betraf, die am behaarten Kopfe bogen- und münzenförmige Herde eines erythemato-squamösen Herpes tonsurans zeigte. In der Mitte dieser Herde, besonders am Scheitel des Kopfes und in der Hinterhauptgegend standen disseminierte, halbkugelige, hanfkorn- bis haselnuſsgroſse, rote, glänzende, gespannte, fast haarlose Erhabenheiten. Bei einigen derselben lieſs sich deutliche Fluktuation wahrnehmen; andere waren konsistent. Die Knoten bestanden seit acht Monaten. Die Patientin führt den Ursprung der Krankheit auf erkrankte Rinder zurück. — Im zweiten Falle befand sich auf dem Kopf nur ein einziger Knoten; der dritte Fall war nicht so sehr durch Knoten, als durch flache, derb infiltrierte Plaques in der Nackengegend charakterisiert. Diese verschiedenen makroskopischen Charaktere sind als Ausdruck verschiedener Entwickelungsstadien der Affektion aufzufassen. Das Granuloma beginnt in Form kleiner milienartiger oder linsenförmiger Erhabenheiten, welche flach sind, rote Farbe besitzen und von glänzender, haarloser Haut bedeckt werden. Nach kürzerer oder längerer Zeit erhebt sich der Granulomknoten mehr und mehr, wird weich, fluktuierend, dunkelrot bis cyanotisch. Das Sekret des erweichten und verflüssigten Granulom hat keine Ähnlichkeit mit Eiter wie beim Kerion, sondern ist zum gröſsten Teile von Blut und weichem, grauen Detritus gebildet. Der Knoten erschlafft dann, wenn das Sekret ausgetreten ist, die Haut darüber wird runzelig; in der Mitte bildet sich eine kleine, rotbraune Kruste, welche die Perforationsöffnung verdeckt. — Die histogenetischen und mykologischen Befunde bei Granuloma trichophyticum werden in folgenden Sätzen mitgeteilt: Die MALPIGHIsche Schicht hat keinen primären Anteil an dem in Rede stehenden Prozesse. 2. Die Eintrittspforte wird von den Follikeln gebildet, welche in ihrer ganzen Ausdehnung verändert sind. 3. Die Haare zeigen die bekannten Veränderungen der vom Trichophyton befallenen Haare. 4. Die Scheiden der Wurzel und des Follikels zeigen, so lange der Granulomknoten noch jung ist, in ihrem oberen Teile einen gewissen Widerstand gegen das Eindringen des Pilzes. 5. Im tieferen Dritteil des Follikels und in der Papille erreicht der Prozeſs ein viel vorgeschritteneres Stadium bis zur eitrigen Schmelzung. 6. In den tiefen Lagen des Derma findet die Neubildung eines Gewebes mit allen Charakteren des Granulomas statt. 7. Die histologische Untersuchung berechtigt, das Trichophyton als das pathologische Agens dieser Veränderungen anzusehen. 8. Das elastische Gewebe, welches in seinen Endausbrei-

tungen und in dem subpapillären Netze intakt bleibt, zeigt Störungen im mittleren Derma, bis wohin die Grenzen der Entzündung reichen, und verschwindet inmitten des Granulomes gänzlich. — Der Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen und Befunden folgende Schlüsse: 1. Es besteht eine klinische Komplikation des Herpes tonsurans, welche sich vom Kerion und von der Sykosis unterscheidet; sie bildet runde oder flache Knoten von rosaroter bis cyanotischer Färbung, welche zerstreut oder noch häufiger zu Ketten konfluiert vorkommen, sich sehr langsam entwickeln, zur Erweichung neigen, aber niemals in Eiterung ausgehen. 2. Die histologische Struktur derselben ist verschieden von der durch entzündliche Follikulitis gebildeter Knoten und gleicht derjenigen der Granulome. 3. Das ätiologische Element ist das Trichophyton, welches innerhalb des Granulomes sowohl in Form von Hyphen als auch von Sporen vorkommt. 4. Diese Varietät der Trichophytie verdient nach der Bezeichnung des Autors, welcher dieselbe als erster beschrieben und klassifiziert hat, den Namen „Granuloma trichophyticum Majocchi".

III. **Beitrag zur Histologie des Cornu cutaneum,** von Theodor Spietschka-Prag. Der Verfasser beschreibt zunächst sieben Fälle von Cornua cutanea und zwei Fälle von verhornten Papillomen am Penis, sodann teilt er sehr ausführlich die Resultate der histologischen Untersuchungen mit. „Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dafs bei den meisten Fällen von Cornua cutanea die Verhältnisse recht klar liegen; über vergröfserten Hautpapillen findet eine vermehrte Produktion von Hornmasse statt; die Vermehrung der Epithelien und ihre Verhornung sind sehr intensiv, so dafs die oberste Hornmasse nicht rasch genug abgestofsen werden kann, wodurch es zur Bildung eines Horncylinders oder eines Hornkegels kommt. In seltenen Fällen entsprechen die Papillen ihrer Zahl und Lage nach vollständig den an dieser Stelle normal vorhanden gewesenen Papillen. Häufig betrifft die Vergröfserung nur eine ganz kleine Gruppe von Papillen; diese können dann stark vergröfsert sein; auch sieht man gewaltige Teilung und Verästelung solcher Papillen, wodurch sie eine grofse Ähnlichkeit mit denen der verhornten Papillen am Penis erreichen. Die Vergröfserung und Verästelung der Papillen ist aber nicht durch die Wucherung der Epithelien bedingt und eine zufällige, sekundäre Dehnung und Zerrung der vorhandenen Papillen infolge der Epithelwucherung, sondern die Vergröfserung der Papillen geht der vermehrten Hornbildung voraus oder erfolgt gleichzeitig mit ihr. Dies geht deutlich aus den Untersuchungen der verhornten Papillome vom Penis hervor. Diese unterscheiden sich in ihrem histologischem Aufbau in garnichts von Hörnern an anderen Körperstellen." — Im Gegensatz zu Unna, Mitwalsky und Baas hält Verfasser auf Grund der histologischen Befunde „an dem papillären Bau der Cornua cutanea fest. Allerdings kann die Wucherung der Cutispapillen allein nicht ein Hauthorn hervorbringen, sondern es gehört dazu auch eine gesteigerte Neubildung der Epithelzellen und eine gesteigerte Verhornung derselben. Diese drei Vorgänge können bei den verschiedenen Hauthörnern relativ verschieden sein und dadurch grofse Verschiedenheit an den histologischen Bildern herbeiführen; alle drei jedoch bilden wesentliche Bedingungen für die Entstehung der Hauthörner." Nach der Ansicht des Verfassers „kann ohne Papillen kein echtes Hauthorn entstehen, nicht einmal auf der Hornhaut des Auges eines Horntieres."

IV. **Ein Fall von Lichen ruber in der inneren Voigtschen Grenzlinie der unteren Extremität,** von Hugo Meyer-Berlin. Der Verfasser beschreibt einen in Dr. Ledermanns Poliklinik behandelten typischen Fall von Lichen ruber planus, bei welchem sich aufser an der Vorder- und Rückseite des Rumpfes auch an der Hinterfläche des rechten Beines charakteristische Lichenknötchen befanden. An der letzteren waren die Efflorescenzen zu einem Strang vereinigt, der an der rechten Hinterbacke

in der Gegend des Austrittes des Nervus ischiadicus beginnend in verschiedener Breite, in bogenförmigen Linien sich über dem Ober- und Unterschenkel bis hinab zur Ferse ausdehnte. Die Nacken- und Inguinaldrüsen waren mäfsig geschwollen. Die Reflexe sind normal, ebenso die Sensibilität und Schmerzempfindung. Anzeichen einer Nervenkrankheit sind nicht vorhanden. — Die eigentümliche Lokalisation an der Hinterfläche des rechten Beines veranlafsten den Verfasser nach einem etwaigen Zusammenhang mit den vorhandenen, mehr oder weniger strichförmig verlaufenden anatomischen Gebilden der Haut zu suchen. Aber es liefs sich weder mit Arterien noch mit Venen noch mit Lymphgefäfsen eine Übereinstimmung herausfinden. Der Vergleich mit dem Verlaufe der Haut- und tiefer liegenden Nerven führte auch zu keinem befriedigenden Resultat. Erst das Studium ähnlich lokalisierter Fälle und der Vergleich mit den Voigtschen Abbildungen ergab die Übereinstimmung des Verlaufs mit der Voigtschen inneren Grenzlinie der unteren Extremität. Zum ersten Male liefert der vom Verfasser beschriebene Fall von Lichen ruber planus den vollgültigen Beweis, dafs die Lokalisation einer Erkrankung in einer Voigtschen Linie keineswegs immer zur Auffassung derselben als eines Naevus berechtige. So haben Hallopeau und Jeanselme einen Fall, der alle objektiven Symptome des Lichen ruber planus darbot, dennoch als einen Naevus linéaire beschrieben, weil einmal starkes Jucken fehlte und weil die eigentümliche strichförmige Lokalisation sich auf einigen Moulages des Baretta-Museums wiederfand, die sämtlich Naevi darstellten. Dieser Fall zeigt bezüglich der Lokalisation und des klinischen Bildes eine vollkommene Übereinstimmung mit dem Ledermannschen Falle. Schliefst man sich der Auffassung Hallopeaus an, dafs durch die gehäufte Zahl von Nervenanastomosen in den Voigtschen Linien ein erhöhter Reizzustand daselbst geschaffen ist, so ist nicht abzusehen, weshalb nicht auch rein entzündliche Affektionen sich dort lokalisieren könnten. Der Ledermannsche wie sicherlich auch der von Hallopeau und Jeanselme publizierte Fall beweisen, dafs die alte Anschauung von der Naevusnatur aller in den Voigtschen Grenzlinien lokalisierten Hautgebilde nicht aufrecht erhalten werden kann.

V. **Die Exantheme der Tuberkulose („Tuberculides" Darier)**, von Cäsar Boeck-Christiania. Mit „Exanthemen der Tuberkulose" bezeichnet der Verfasser diejenigen Hautausschläge, bei welchen der Tuberkelbacillus zwar nicht nachgewiesen ist, die aber so konstant bei tuberkulös veranlagten und später tuberkulösen Individuen auftreten, dafs man einen Zusammenhang dieser Ausschläge mit der Tuberkulose annehmen mufs. Darier nannte sie „Tuberculides". Die genaue Kenntnis derselben kann nicht nur für den Dermatologen sondern vor allem für den praktischen Arzt von eminent wichtiger Bedeutung sein, weil die betreffenden Hautaffektionen, von denen einzelne sehr häufig vorkommen, auf eine bestehende tuberkulöse Infektion des Trägers vielleicht in ihren ersten Anfängen, wo noch andere Indicien fehlen oder verborgen bleiben, hinweisen können. Die Aufgabe des Klinikers mufs es sein, nachzuweisen, wie alle diese Hautleiden, von denen einige wie der Lichen scrophulosorum und der Lupus erythematosus in der einfachen Form schon längst bekannt sind, eine einzige zusammenhängende Kette bilden, die in ihrer Totalität sowohl wie für jedes einzelne Glied unverkennbar auf die bacilläre Infektion als ihre Ursache und ihre Quelle hinweist. — Unter steter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bespricht der Verfasser zunächst den Lupus erythematosus disseminatus. Einige prägnante Fälle werden im folgenden ausführlich mitgeteilt. Fall 1 betrifft eine 32jährige, kräftige, blühend aussehende Frau, die in ihren besten Jahren tuberkulöse Drüsentumoren, dann unter Anwendung eines Mittels, Sulphidum calcicum, einen flüchtigen Ausbruch von Lupus erythematosus (Erythema lupinosum) im Gesicht und bald darauf die disseminierte Form auf den Händen bekommt. Ein

und ein halbes Jahr später wird die Patientin von einem Pseudoerysipelas der linken Hand und des Unterarmes befallen, das ein „Erysipelas perstans"-Kaposi, nach Ansicht des letzteren ein Symptom des Lupus erythematosus disseminatus, zurückläßt. In der Folgezeit treten unaufhörlich neue Schübe der disseminierten Form auf, einmal wieder nach Einnehmen von Sulphidum calcicum ein typischer Lupus erythematosus discoides im Gesichte, während gleichzeitig die rechte obere Extremität von Pseudoerysipelas ergriffen wird. — Ein zweiter vom Verfasser beschriebener Fall zeigt ebenfalls, wie der erste, gleichzeitiges Auftreten des Lupus erythematosus discoides und der disseminierten Form. Einige vom Verfasser mitgeteilte Fälle von Scrophulo-Tuberkulose zeigen gleichzeitig Disseminatus-Efflorescenzen und Papeln, die an Lichen scrophulosorum erinnern; in mehreren Fällen konnte ein allmählicher Übergang des Lupus erythematosus disseminatus zum Lichen scrophulosorum beobachtet werden. Dem Verfasser steht nach seinen Beobachtungen die Verwandtschaft dieser beiden Affektionen und die Abhängigkeit derselben, insbesondere der „Disseminatus-Form" des Lupus erythematosus, von der Tuberkulose außer Zweifel. (Fortsetzung folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band IX, Heft 1.

1. **Über die Operationen an den Sexualorganen bei Prostatahypertrophie,** von Steiner. Verfasser ist von den Resultaten der Operation an Hoden, Samenstrang und Vas deferens bei Prostatahypertrophie nicht entzückt und teilt fünf Krankengeschichten mit, aus denen hervorgeht, daß eine Besserung des Leidens nach der Kastration entweder garnicht oder nur vorübergehend eintrat. Fortsetzung der Arbeit folgt im nächsten Heft.

2. **Die Ergebnisse von 153 Nierenoperationen,** von Tuffier.

3. **Über einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung,** von Verhoogen. Totalexstirpationen der Prostata wegen eines bösartigen Neoplasma sind erst selten ausgeführt. Verfasser hat ein Myxosarkom vom Damm aus exstirpiert. Der Tumor machte wenig Beschwerden, da er in der Ischiorectalhöhlung in die Höhe gewuchert war. Die Entfernung gelang verhältnismäßig leicht; die Blase wurde mit der Pars membranacea vernäht; doch diese Naht hielt nicht, längere Zeit entleerte sich aller Urin durch die Dammfistel, bis sich dieselbe allmählich schloß. Dann war das Resultat zunächst ein gutes, leider kein dauerndes, denn nach neun Monaten starb der Kranke, wahrscheinlich an Recidiv in der Narbe.

F. Hahn-Bremen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1897. Heft 8—12.

Die Bedeutung der Toxine in der Dermatologie, von H. Hallopeau. Als Toxine bezeichnet H. alle krankmachenden Stoffe, die von lebenden Wesen erzeugt werden; ihr Zustandekommen ist an die Zellthätigkeit gebunden. Gautier hat sie in Leukomaïne, Ptomaïne und eigentliche Toxine unterschieden; sie werden dem Organismus entweder von außen zugeführt oder bilden sich in ihm, sei es infolge einer abnormen Thätigkeit der Zellen, sei es infolge der Einwirkung von Bacillen; demgemäß unterscheidet H. Toxine exogenen, endogenen und gemischten Ursprungs und verfolgt deren Einwirkung auf die äußere Haut, von den durch die Sekrete des Ungeziefers (Flöhe, Läuse u. s. w.) herbeigeführten Veränderungen der Epidermis anfangend bis hinauf zu den schweren Störungen der Haut im Gefolge von Rotz,

Lepra u. s. w. Er kommt dabei zu dem bemerkenswerten Schlufs, dafs die Toxine bei dem Zustandekommen der Dermatosen eine ganz hervorragende Rolle spielen und dafs neben ihnen für die Pathogenese der Hautleiden nur noch Traumen, trophoneurotische Einflüsse und ererbte Ernährungsstörungen in Frage kommen.

Welche Rolle spielen Vererbung und Ansteckung bei der Verbreitung der Lepra? von Ernest Besnier. Diese Abhandlung zerfällt in drei Abteilungen: Die Vererbung der Lepra; die Lepra acquisita; die Prophylaxe der Lepra. — Unter Vererbung versteht Besnier zweierlei: das Kind erbt entweder von seinen Eltern eine bestimmte biochemische Beschaffenheit seiner Gewebe, was man gewöhnlich als Prädisposition bezeichnet und was in dem Fall der Lepra als Immunität gegen die Krankheit einerseits, als Atrophie, Dystrophie, Degeneration u. s. w. andererseits zu Tage treten kann; — oder das Kind erbt die Krankheit selber. Beide Formen der Vererbung sind nach B. für die Weiterverbreitung der Lepra bedeutungslos. Ein Fall von angeborener Lepra, von Lepra congenita, ist in der ganzen Litteratur nicht sicher festgestellt, und diejenigen Patienten, bei denen die Krankheit in ganz jugendlichem Alter zum Ausbruch kommt, sind durch ihre Umgebung, meistens durch ihre Eltern, angesteckt. B. führt für diese Behauptung Thatsachen und Beweisgründe an, er bekämpft mit scharfsinnigen Einwänden die entgegenstehende Ansicht und unterzieht die von den Anhängern der Vererbungslehre angeführten Fälle einer eingehenden Kritik. Insbesondere wendet er sich gegen den bekannten Leprologen Zambaco Pascha und dessen Auffassung. Für ihn kann die Lepra nur übertragen werden, man wird nur durch Ansteckung leprös, wie er das in dem zweiten, ebenfalls kritisch gehaltenen Teil seiner Abhandlung des weiteren auseinandersetzt. Die Lepra wird entweder direkt von Mensch zu Mensch, oder durch die Vermittlung toter Gegenstände, Geräte, Verbandstücke, Wäsche u. s. w. übertragen. Allerdings genügt keine vorübergehende, flüchtige Berührung eines Leprösen, um angesteckt zu werden, sondern hierzu ist schon immer ein längerdauernder, innigerer Verkehr erforderlich. — Über die Inkubationszeit der Lepra sind sichere Angaben noch nicht zu machen, der Verfasser hält sie aber für viel kürzer, als allgemein angenommen wird. — Einige Ratschläge zur Prophylaxe der Lepra bilden den Schlufs der Arbeit.

110 Fälle von Hypertrichose mit Elektrolyse behandelt, von L. Brocq. Brocq, der den vorliegenden Gegenstand schon in mehreren kleinen Arbeiten behandelt hat, giebt in dieser umfassenden Zusammenstellung eine eingehende Darstellung der Technik und seiner Erfahrungen. Er hat das elektrolytische Verfahren im Laufe der Jahre derartig modifiziert, dafs es nunmehr zu seiner völligen Zufriedenheit arbeitet. Einzelheiten aus diesem Abschnitt zu referieren ist zwecklos; wer sich für die einschlägige Technik interessirt, sei auf das Original verwiesen, wo er Belehrungen bis ins Einzelne findet. — Im zweiten Abschnitt werden die übrigen Mafsnahmen zur Beseitigung der Hypertrichose besprochen und ihre Nachteile gegenüber der Elektrolyse erwähnt, während im letzten Abschnitt die Indikationen abgehandelt werden. Angezeigt ist die Elektrolyse namentlich bei Frauen, und hier wieder bei jungen Mädchen; ihr Hauptzweck ist fast immer nur ein kosmetischer, und nur in den seltenen Fällen von Trichophobie, in denen das Vorhandensein weniger Flaumhaare auf der Oberlippe die jugendliche Trägerin in eine ernste gemütliche Verstimmung versetzt, erreicht man mit der Elektrolyse auch eine heilende psychische Wirkung. — Das Verfahren ist sehr langwierig und kostspielig und kann sich leicht über Jahre hinziehen. — Auch Brocq rechnet mit der Hoffnung, die X-Strahlen für die Entfernung von Haaren dienstbar machen zu können.

Über Hautausschläge infolge starker Schweifse, von L. Perrin-Marseille. In ausnehmend heifsen Sommern, wie der diesjährige einer war, beobachtete P. in

Marseille immer eine gröfsere Reihe von furunkulösen Hautentzündungen, die eine Folge starken Schwitzens sind und die er schlechtweg Pyodermitis sudoralis nennt. Sie kommen bei Kindern bis zu 7 Jahren und bei Erwachsenen meistens zwischen 25 und 45 Jahren vor; bei Frauen sind sie etwas häufiger als bei Männern. Sie sitzen namentlich auf der Kopfhaut, im Gesicht, am Hals, am Oberkörper und an der Beugeseite der Oberextremitäten. Die einzelnen Elemente des Ausschlags bestehen aus Knötchen oder Eiterpusteln und stellen Entzündungen bezw. Abscesse der Schweifsdrüsen dar. Unter dem Einfluſs der starken Schweifsfluxion dringt der Staphylococcus leicht in die Gewebe ein und wird hier zum Entzündungserreger. Bei geeigneter Behandlung — Reinlichkeit, Borwasser-Umschläge — heilt die Krankheit in einigen Tagen ab.

Disseminierte Hautgangrän nach Mifsbrauch von Jodkalium, von Ch. Audry. Die 47jährige Patientin hatte lange Zeit in ziemlich unsinniger Weise Jodkalium genommen, bis sich in der linken Achselhöhle, in der Lendengegend, am Perineum und den Schenkeln gröfsere Herde von Hautgangrän bildeten, die ihr furchtbare Schmerzen verursachten und sie ganz herunterbrachten. Die Heilung dauerte mehrere Monate. — Bei Besprechung des Falles äufsert A. die Ansicht, dafs manche Fälle von ätiologisch unerklärter Hautgangrän durch medikamentöse Vergiftung zu stande gekommen sein mögen; man solle in Zukunft bei solchen Fällen immer forschen, ob und welche Arzeneien vorher eingenommen seien.

Hautkrankheit, hervorgerufen durch die Primula obconica, von Arctander-Dänemark. A. hat mehrere Fälle beobachtet, in denen nach Berührung der Primula obconica ein Hautausschlag entstand; er hat das Leiden aber nur bei Damen angetroffen. Befallen werden immer nur die ungeschützten Körperteile, Gesicht, Hals und Hände. Die Krankheit beginnt mit Stechen und Brennen; daran schliefsen sich Röte, Schwellung und seröse Infiltration, schliefslich Blasenbildung.

Unter dem Mikroskop entdeckte A., dafs Blätter und Stengel der Pflanze von zweierlei feinen Härchen bedeckt sind, von denen die einen aus Zellen bestehen, deren letzte ein rundes Bläschen bildet und eine gelbe Flüssigkeit enthält. Dieser Flüssigkeit schreibt A. die Hauterscheinungen zu.

Über die Pigmentflecke der Lepra, von J. Darier. Darier giebt zuerst eine klinische Beschreibung der Lepraflecke, ohne indessen, wie er selbst einräumt, wesentlich Neues zu bringen und geht dann zu ihrer Histologie über, die er an acht verschiedenen Fällen gründlich studiert hat. Darnach besteht das makulöse Leprid pathologisch-anatomisch in einer Anhäufung von Zellen rings um die Hautgefäfse, die sie cylinderartig umgeben. Infolge dessen finden sich die Zellen im Plexus subpapillaris am zahlreichsten. Meistens handelt es sich dabei um Bindegewebszellen mit ovalärem, schwachgefärbtem Kern und mit Protoplasmafäden; aber bei fast allen Zellen ist das Protoplasma hypertrophiert oder zerklüftet; auch finden sich darunter Zellen mit mehreren Kernen und echte Riesenzellen. Neben den Bindegewebszellen finden sich regelmäfsig noch kleine verkümmerte Elemente mit rundem, stark gefärbtem Kern, die mit weifsen Blutkörperchen die gröfste Ähnlichkeit besitzen, sowie wirkliche Leukocyten, Plasmazellen und Mastzellen. Die übrigen histologischen Veränderungen an den Geweben, den Gefäfsen, der Epidermis sind nur unbedeutender Natur, wenigstens bei den frisch entstandenen Flecken; in älteren Fällen dagegen hat das Infiltrat sich nach allen Richtungen vermehrt, das normale Cutisgewebe verdrängt und unterscheidet sich nun in nichts mehr von einem Leprom. Echte Hansensche Bacillen hat D. im Gegensatz zu anderen Forschern (v. Bergmann, Unna) fast jedesmal in den Lepraflecken gefunden, und dieser letztere Umstand sowohl wie das pathologisch-anatomische Verhalten derselben in den verschiedenen Stadien ihrer

Entwickelung veranlafsten Darier zu dem Ausspruch, dafs sie das Anfangsstadium der eigentlichen Leprome (Leprome en nappe) bilden, in die sie allmählich übergehen, und dafs auch sie durch den Hansenschen Bacillus ins Leben gerufen werden.

Über eine ungewohnte Warzenform der Fufssohle und des Handrückens, von P. Melchior-Robert (Marseille). An der Planta pedis sind bis jetzt im ganzen nur sehr wenige echte Warzen beobachtet worden und M.-R. kann aus der ganzen einschlägigen Litteratur nur 14 Fälle zusammenstellen. Dieser Zahl fügt er zwei weitere eigene Beobachtungen hinzu, die er ausführlich beschreibt, da es sich um eine etwas ungewohnte Form von Warzen handelt. Die nämliche Form ist schon früher von Dubreuilh eingehend geschildert und M.-R. nimmt auf diese Arbeit mehrfach Bezug. Die Form, um die es sich hier handelt, besteht aus einem linsengrofsen kreisrunden Loch in der Epidermis, das sich brunnenförmig in die Tiefe senkt, daher Verfasser die ganze Warze „verrue en puits nennt, und aus dem ein weicher Pfropf hervorwucherte, der auf Druck sehr schmerzhaft war. Das ganze Gebilde hatte, bis auf Farbe und Weichheit, Ähnlichkeit mit der Verruca seborrhoica des Greisenalters. Diesen Epidermispropf konnte man sehr leicht mit den Fingernägeln oder mit einem Instrument entfernen und Patient hatte dann für einige Zeit Linderung, bis der Pfropf von neuem gewachsen war. In diesem und einem zweiten von M.-R. beobachteten Fall verschwand die Neubildung übrigens nach zwei Jahren von selber. Zwei weitere Fälle betrafen die Hohlhand.

Oedema chronicum lymphangiticum mit Anfällen von Herpes, von Paul Remlinger. Ein 23jähriger Marine-Schiffskoch war auf den Neu-Hebriden von dem Pfeil eines Kanaken in die erste Phalange des linken Mittelfingers gestochen. Vierzehn Tage darnach entwickelte sich an der Rückenfläche dieses Fingers und der ganzen linken Hand ein Ödem, das nur die Beweglichkeit der Hand verminderte, sonst aber keinerlei Symptome machte. Nachdem dieser Zustand ungefähr ein Jahr lang unverändert geblieben war, entwickelten sich an der Stelle der ursprünglichen Wunde unter Brennen und Rötung einige Herpesbläschen, die aber bald wieder eintrockneten. Dieser nämliche Vorgang wiederholte sich ungefähr alle drei Monate. — Nur einmal in der letzten Zeit griff das Ödem, das bis dahin immer auf den Handrücken beschränkt geblieben war, auch auf den Vorderarm über und die Achseldrüsen schwollen an; das bildete sich aber bald wieder zurück. Das Serum des Ödems war ganz mikrobienfrei. Die von verschiedenen Ärzten eingeleitete Behandlung blieb immer ziemlich erfolglos. — Der Verfasser nimmt für diesen Fall eine Vergiftung durch die Pfeilspitze an.

Einseitige trophische Störungen des Gesichts und des Mundes, von Morel-Lavallée. Im Anschlufs an einen Fall einseitigen Schwitzens des Gesichts, über den die *Annales* in der Mainummer 1897 berichtet hatten, teilt M.-L. einen ähnlichen Fall mit. Derselbe betrifft eine äufserst neuropathische Dame von 71 Jahren, bei der vor 32 Jahren wegen einer rechtsseitigen eiterigen Parotitis in der Retro-Maxillar-Gegend ein senkrechter Schnitt ausgeführt wurde. Weder der N. facialis noch ein wichtigerer Zweig des N. trigeminus wurden dabei verletzt; trotzdem entwickelten sich bald ähnliche trophische Störungen, indem besonders beim Kauen die rechte Gesichtshälfte rot und heifs wurde und zu schwitzen anfing. Im Laufe der Jahre hat das Leiden an Umfang noch zugenommen.

Eccema palmare bei einem Hysterischen, von Montfort und Mirallié-Nantes. Die Patientin, die ihren rechten Arm sehr stark beim Maschinennähen anstrengen mufste, hatte schon mehrfach an Cubital-Neuralgien gelitten. Zu einem neuerlichen derartigen Anfall gesellte sich auch ein Ekzem der Hohlhand hinzu. — Ausschlag und Neuralgie heilten bald bei Bädern, Abreibungen und psychischer Behandlung.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1897. Heft 9—12.

Die Syphilis der Kinder auf dem Lande, von A. Baratier-Teugny. Beim Durchlesen dieser gehaltvollen Abhandlung meint man eine Fortsetzung von Zolas „La Terre" vor sich zu haben; dieselbe Mitte, in der beim Dichter die handelnden Personen sich bewegen, mit demselben körperlichen Schmutz und derselben moralischen Verkommenheit, wird uns auch von B. vor die Augen geführt. Er zeigt uns, wie besonders die fremden Säuglinge, die zur Pflege von den Städten aufs Land geschickt werden, die angeborene Syphilis hier der Umgebung mitteilen; die Umgebung ist schmutzig, gleichgültig, unwissend und dickköpfig und trägt mit Hülfe dieser Tugenden zur raschen Weiterverbreitung der Seuche bei, so dafs unter günstigen Umständen ein fremder Säugling genügen kann, um ein ganzes Dorf zu vergiften. Doch ist die Verseuchung des ganzen Ortes gar nicht auf solchen Glücksfall angewiesen, denn die Sitten sind bei den Erwachsenen und bei der heranwachsenden Jugend so verwildert, dafs die Ansteckungswahrscheinlichkeit auf dem Lande überall eine grofse ist.

Syphilis und Trauma, von P. Haan-Hâvre. H. bringt zwei Fälle, die wiederum beweisen, wie leicht eine latente Syphilis durch eine auch ganz unbedeutende Verletzung zum Ausbruch kommt. In dem einen Fall handelt es sich um eine Frau, die vor sieben Jahren den Primäraffekt und sekundäre Syphilis durchmachte, ohne sich damals behandeln zu lassen. Bei dieser Frau entwickelte sich jetzt ganz plötzlich nach einem unbedeutenden chirurgischen Eingriff ein papulo-squamöser und papulomakulöser Ausschlag über den ganzen Körper, wozu sich noch ein grofses Gumma der rechten Mandel und Plaques im Rachen hinzugesellten. Auf eine energische gemischte Behandlung ging alles wieder zurück. Die Patientin war von Haus aus hochgradig nervös. — Der zweite Fall betraf ein 11jähriges, hereditär-syphilitisches Mädchen, das nach einem Stich mit einer Stahlfeder in die linke Wange daselbst einen umfangreichen und hartnäckigen Rupia-Ausschlag bekam. Die Behandlung war auch hier eine gemischte; es wurden intramuskuläre Einspritzungen von Hg benzoicum gemacht.

Darf man aus einer erfolgreichen spezifischen Behandlung immer auf das Vorhandensein von Syphilis schliefsen? von Henri Fournier. „Maladies non spécifiques et Médication Pierre de Touche" — so ist diese Abhandlung im Original betitelt. Verfasser führt eine gröfsere Reihe nicht syphilitischer Erkrankungen an, bei denen Jodkalium oder Quecksilber oder beide zusammen sich wirksam erwiesen haben, so bei der Tuberkulose der Haut und der Eingeweide, bei der Psoriasis, bei zahlreichen Augenkrankheiten, beim Rotz u. s. w. Wenn aber auch, so meint F. zum Schlufs, die spezifische Behandlung in einer gröfseren Reihe gut beobachteter Fälle, denen entschieden keine Syphilis zu Grunde lag, Heilung herbeiführt, so verliert sie damit doch für die Allgemeinheit noch nicht ihren Wert als Prüfstein, und wie man einerseits in irgendwie zweifelhaften Fällen mit Hg und Jodkalium vorgehen soll, so ist für gewöhnlich auch aus ihrer Wirksamkeit ein Rückschlufs auf die syphilitische Natur der Krankheit gestattet.

Die Geschlechtskrankheiten auf dem Lande, von A. Baratier-Teugny, Aube. Im Heft 9 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1897, hat derselbe Autor seine Erfahrungen über die Syphilis der Kinder auf dem Lande mitgeteilt und eine Quelle derselben aufgedeckt (s. vorstehend). Schon oben wies ich darauf hin, dafs diese Angaben eine dankenswerte Ergänzung des Zolaschen Romans La Terre bilden. All das Ungeheuerliche von Schmutz, von tierischer Begierde und Verkommenheit, das der Dichter uns dort erzählend vorführt und das wir mit ungläubigem Kopfschütteln vernehmen, das wird uns hier von wissenschaftlicher Seite und von einem Landsmanne Zolas be-

stätigt. Blennorrhoe, Schanker und Syphilis gehören zu den bestverbreiteten Krankheiten der Dörfer; man trifft sie bei beiden Geschlechtern in gleichem Maſse und selbst Kinder, 12jährige Knaben und Mädchen erwerben sie schon auf dem natürlichen Wege des Geschlechtsverkehrs. Als Ursachen für die weite Verbreitung der venerischen Krankheiten werden von B. die Unwissenheit, die Unreinlichkeit und der Geiz der Bauern beschuldigt. — Die kleine Schrift liefert einen sehr interessanten Beitrag zur Kulturgeschichte Frankreichs und regt den Wunsch an, es möchten sich auch in Deutschland Ärzte finden, die uns mit den sittlichen Verhältnissen unser Landbevölkerung bekannt machen wollten. Vielleicht genügt dieser Anstoſs, um einen oder den andern Leser dieser Zeitschrift dazu zu veranlassen.

Der Wert der Quecksilbereinspritzungen bei der Behandlung der Syphilis, von Filaretopopulo-Athen. Die Zahl derjenigen Autoren, die den Hg-Einspritzungen bei der Behandlung der Syphilis den Vorzug geben, mehrt sich von Tag zu Tag. Auch F. ist ein warmer Fürsprecher dieser Methode und stellt sie viel höher als die Schmierkur. Von der Verwendung der löslichen Salze ist er freilich zurückgekommen, da sie viel zu langsam wirken; dagegen ist er mit dem Hg thymolicum und salicylicum sehr zufrieden und hat von ihnen bei der Beobachtung der nötigen Vorsicht nie ernstliche Zufälle gesehen. Wo es auf eine besonders rasche Wirkung ankommt, greift er zum Kalomel.

Einige Bemerkungen zum Blennorrhoismus, von Schuster-Aachen. Bei der ungeheuren Verbreitung der einfachen Blennorrhoe wird der Status blennorrhoicus nur verhältnismäſsig selten angetroffen. S. führt das auf die bekannte „individuelle Disposition" zurück, die wohl für alle Zeiten die wichtigste Ursache und die einzige annehmbare Erklärung für das Befallenwerden oder das Verschontbleiben von Krankheiten abgeben wird. — Auch bei den Gelenkentzündungen der Frauen spielt die Blennorrhoe eine hervorragende Rolle. S. neigt zur Ansicht, daſs die Arthritis puerperalis meist blennorrhoischen Ursprungs sei und berichtet über eine einschlägige Beobachtung. Dabei macht er die Bemerkung, daſs, während man in den Krankenhäusern meistens nur die Monarthritis zu Gesicht bekommt, die Polyarthritis blennorrhoica in den Badeörtern keine seltene Erscheinung bilde. — Sehr interessant sind die Bemerkungen des Verfassers über das Zusammentreffen von Syphilis und Status blennorrhoicus; letzterer macht sich dann immer durch Gelenkentzündungen bemerkbar, und Schuster vertritt die Ansicht, daſs die Entzündungen am Calcaneus, an der Tuberositas tibiae, an der Articulatio sterno-clavicularis, am Kiefergelenk und an den Wirbelgelenken eher blennorrhoischen Ursprungs seien. Seine Meinung stützt er mit seinen klinischen und therapeutischen Erfahrungen, da er alle jene Formen auch bei Blennorrhoikern beobachtete, die sicher nie luetisch waren und da diese Fälle trotzdem einer spezifischen Behandlung zugängig waren. — Gegen den Tripper-Rheumatismus empfehlen sich am besten bis auf 40° erwärmte Bäder, vorausgesetzt, daſs das Herz gesund ist.

Wann sind die Jodsalze anzuwenden und welches Salz verdient den Vorzug? von Briquet-Armentières. Dieser Artikel ist ein Auszug aus einem gröſseren Werk Briquets (*Über die Jodbehandlung*, Paris 1897). Nachdem die Indikationen für die Anwendung der Jodsalze festgestellt sind — und selbstverständlich steht die Syphilis hiermit in erster Reihe — wird die Wirkungsweise der einzelnen Salze besprochen, wobei besonders der Wettstreit zwischen Jodkalium und Jodnatrium vorgeführt wird. Im ganzen entscheidet der Verfasser sich für ersteres, weiſs aber auch den therapeutischen Wert des Jodnatriums und seine Vorzüge gegenüber der Kaliumverbindung — besserer Geschmack, geringere Gefahr des Jodismus u. s. w. — zu würdigen. Neben diesen beiden läſst er nur noch das Jodrubidium gelten, das aber

wegen seines hohen Preises und seiner leichten Zersetzlichkeit für gewöhnlich nicht in Frage kommt.

Über ein recidivierendes Erythem der Extremitäten nebst einem Versuch, die verschiedenen Formen der Akrodermatitis zu klassifizieren, von Ch. Audry-Toulouse. Bei dieser Mitteilung nimmt A. auf einen früheren ähnlichen Fall Bezug, den er im August 1894 im *Mercredi médical* veröffentlicht hatte. Diesmal handelte es sich um einen 23jährigen Menschen, der seit seinem zwölften Lebensjahr an ganz unregelmäfsig wiederkehrenden Anfällen folgender Natur leidet. Ohne jedes Vorzeichen werden Gesicht und Hals von heftigem Brennen befallen und es bilden sich an diesen Stellen und auf beiden Handrücken sehr bald urticariaähnliche und erythematöse Flecke, die die Haut etwas überragen und mit kleinen sich rasch resorbierenden Vesikeln versehen sind. Aufser den genannten Teilen der Nase und den Ohren sind zuweilen auch noch die Füfse beteiligt; der ganze übrige Körper bleibt jedesmal verschont. Der ganze Anfall dauert ungefähr drei Wochen. Während seines ganzen Dienstjahres hatte Patient ihn nur zweimal; im letzten Vierteljahr dagegen dreimal. In der Vorgeschichte des Kranken findet sich nichts Abnormes; erbliche Belastung ist nicht vorhanden. — An diesen Fall anknüpfend, giebt A. eine, wie er selbst sagt, nur vorläufige Klassifikation der verschiedenen Formen der Akrodermatitis.

Leukomelanodermia syphilitica bei den Eingeborenen Algiers, von Gémy und Raynaud. Eine ganz kurze Note, in der die Verfasser darauf hinweisen, dafs bei den Eingeborenen Algiers syphilitische Geschwüre von ungeheurer Ausdehnung vorkommen, die bei ihrer Ausheilung ganz weifse Narben zurücklassen. Diese Narben sind oft mit Vitiligo und mit Lepra verwechselt worden. Am häufigsten und zwar in gröfster Menge trifft man diese weifsen Narben in Kabylien und in der Gegend von Biskra; aber gerade dort ist die Lepra am seltensten. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Januar 1898.

I. **Über die Ätiologie des Zoster,** von Gilbert Hay-San Francisco. Bei der umfangreichen Litteratur über den Zoster ist es zu verwundern, dafs so viele hervorragende Autoren in ihren Beschreibungen ein ziemlich konstant auftretendes Symptom beim Zoster übersehen haben. Die Mehrzahl der Fälle zeigt nämlich in der dem Zosterausschlage benachbarten Region Vergröfserung der Lymphdrüsen. Auf diese Thatsache hat, nach Ansicht des Verfassers, zuerst Barthélemy im Jahre 1891 aufmerksam gemacht. (NB. Diese Ansicht ist eine irrige. In der 2. Auflage seines Lehrbuches, die schon im Jahre 1885 erschienen ist, erwähnt Strümpell im 2. Bande, ersten Teile auf Seite 34 die fast konstante Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen bei Herpes zoster. Ref.) In den zehn Fällen, die Verfasser während der Monate Februar bis Juni beobachtet hat, fand sich immer mit dem Zoster koexistierende Adenopathie, aber es war unmöglich nachzuweisen, ob die Vergröfserung der Drüsen dem Ausschlage in jedem Falle voranging. — Die Krankengeschichten der zehn Fälle werden im folgenden mitgeteilt. Sodann werden unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Infektiosität, die Pathologie, der sympathetische Ursprung des Zoster eingehend besprochen. — Die mikroskopische Untersuchung zweier excidierter Lymphknoten ergab als Hauptbefund in allen Schnitten kleine, runde, lichtbrechende Körper, die Verfasser als Mikroorganismen ansieht. Die Reinzüchtung und Überimpfung ist jedoch nicht vorgenommen worden, weshalb der letzte Beweis, dafs der gefundene Mikroorganismus der Erreger des Zoster ist, noch erbracht werden mufs. Für den infektiösen Cha-

rakter des Zoster spricht das von verschiedenen Autoren beobachtete endemische und epidemische Auftreten desselben. Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Beobachtungen und der einschlägigen Litteratur zu folgenden Schlüssen: 1. Unter einer Anzahl von zosterähnlichen Ausschlägen ist der Zoster eine wohl unterschiedene Krankheit, die einen bestimmten Prozefs durchläuft. 2. Der wahre Zoster ist infektiösen Ursprunges. 3. Dem herpetischen Ausschlag beim genuinen Zoster geht Adenopathie in der Nachbarschaft desselben und oft bilaterale, ja sogar allgemeine Adenopathie voraus. 4. Der Ausschlag hat den Charakter einer trophischen Störung, welche wahrscheinlich von den Sympathicusganglien, die in selektiver Weise vom infektiösen Agens ergriffen werden, ausgeht.

II. **Syphilis der Nieren,** von Robert Holmes Greene-New York. Verfasser ist bemüht, seine Deduktionen in der vorliegenden Arbeit auf Sektionsberichte über die pathologischen Veränderungen der Nieren solcher Individuen zu gründen, welche zur Zeit ihres Todes an Syphilis gelitten oder bei denen Syphilis als Ursache des Todes angegeben ist. Er behandelt sein Thema unter folgenden Überschriften: I. Parenchymatöse Nephritis. II. Interstitielle Nephritis. III. Gummöse Nephritis. IV. Amyloide Nephritis. — Das Resultat seiner Erörterungen teilt Verfasser in nachstehenden Schlufssätzen mit: 1. In einer kleinen Zahl von Fällen greift die Syphilis direkt oder indirekt die Nieren an, verursacht eine Entzündung des Parenchyms und interstitiellen Gewebes oder giebt Veranlassung zur Entwickelung eines Gummas und amyloider Degeneration. 2. Selten ist einer dieser Zustände allein vorhanden, meistens gesellt er sich zu einem oder mehreren der übrigen. 3. Die Syphilis zeigt in den durch sie hervorgerufenen pathologischen Zuständen der Niere, ausgenommen bei der interstitiellen Entzündung und zuweilen sogar bei dieser, eine Neigung, nur eine Niere zu befallen. 4. Gelegentlich verursacht die Nierensyphilis Symptome, welche eine bösartige Krankheit oder Nierensteine vortäuschen.

III. **Vorläufiger Bericht über die Anwendung von Natriumhypochloridlösung bei der Blennorrhoe,** von Ch. Chassaignac-New Orleans. Die Lösung (1:20), als Eau de Labarraque bekannt, soll ebenso kräftig sein wie eine Sublimatlösung von 1:2000; während letztere jedoch in die Urethra nicht eingeführt werden kann, ohne starke Entzündung hervorzurufen, gelingt dies bei der ersteren ohne besondere Schwierigkeit. Die Lösung reagiert alkalisch, ein für die antibakterielle Wirkung wichtiger Umstand, sie ist antiseptisch, durchdringt leicht die Gewebe, ohne zu reizen. Sie koaguliert nicht Eiweifsstoffe, während sie die Sekretionen von der Schleimhaut auflöst. Nur eine ganz starke Koncentration, die jedoch nicht notwendig ist, verursacht ziemlich intensives Brennen. Mit ihren schwach stimulierenden und resolvierenden, ihren alkalischen und antiseptischen Eigenschaften kann die Lösung als ein ideales Mittel für infizierte und entzündete Schleimhäute angesehen werden. — Verfasser hat 500 Fälle akuter, subakuter und chronischer Blennorrhoe mit der Lösung behandelt und nur sehr wenige gehabt, bei denen das Mittel nicht bessere Wirkung gethan hat, als alle anderen in derselben Weise gebrauchten. Je frischer der Fall war, desto besser wirkte das Medikament. Am geeignetsten für die Behandlung ist deshalb an erster Stelle die recente Blennorrhoe. Als wichtig hebt Verfasser hervor: 1. Die Lösung soll aus guten Chemikalien und möglichst stets frisch bereitet sein, damit sie nichts von ihrer Stärke verliere; 2. die Injektionsspritze soll wenigstens 10 g fassen; 3. dem Patienten sollen genaue Anweisungen bezüglich der Injektionstechnik gegeben werden. — Auch das Rectum verträgt die Lösung gut. Verfasser empfiehlt am Schlusse seines Berichtes das Mittel sehr warm der weiteren Prüfung seitens der Kollegen.

IV. **Ein Fall von Xanthelasma der Ober- und Unterlippe und der Wangenschleimhaut,** von J. Dyer-New Orleans. Der 25jährige Patient war früher stets gesund und bis zum Beginn seiner Hautaffektion ein leidenschaftlicher Raucher besonders von Cigaretten. Das Rauchen wurde später ganz eingestellt, ohne dafs die Affektion sich gebessert hätte. Dieselbe begann vor vier Jahren zuerst mit Röte, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Lippen. Diese Erscheinungen waren bisweilen für Wochen und Monate verschwunden, um häufig auf geringe Reizung wieder hervorzutreten. Vor drei Jahren zeigten sich in der Mitte der Oberlippe einige kleine, weifse Knötchen, deren Zahl anfangs langsam, in den letzten sechs Monaten aber rapide gewachsen ist. Die Unterlippe pflegt ebenso wie die Oberlippe anzuschwellen, zeigt aber Efflorescenzen nur an den Mundwinkeln. Fette Speisen sollen hauptsächlich nach den Angaben des Patienten im stande sein, die Schwellung der Lippen hervorzurufen. — Eine nähere Besichtigung zeigt die Oberlippe fast ganz bedeckt von höchstens stecknadelkopfgrofsen, gelben Efflorescenzen. Auf der Unterlippe sind dieselben erst gegen die Mundwinkel hin zahlreicher zu sehen. Sie erinnern an Milien, jedoch ohne deutliche Erhabenheit und Konsistenz. Die Efflorescenzen sind rund, sehen aber sonst der Farbe nach den Xanthelasmaefflorescenzen an den Augenlidern ähnlich. Die meisten derselben wurden mit dem Mikrobrenner zerstört. Eine mikroskopische Untersuchung ist nicht vorgenommen worden.

V. **Eine Skala zur genaueren Bestimmung der Dimensionen von Hauteffloreszenzen,** von Ch. W. Allen. Der Verfasser hat Tafeln anfertigen lassen, auf denen verschieden grofse Kreise verzeichnet sind. Dieselben sind je nach der Millimetergröfse des Durchmessers mit den Nummern 1—500 versehen. Man prägt sich den Umfang der Gröfsen 1, 5, 10, 20, 100, 500 dem Gedächtnis ein. Die übrigen Gröfsen wird man bei einiger Übung dann aus dem Kopfe bestimmen können oder aus der Tafel ablesen. Bei der Ungenauigkeit der Mafsbestimmung nach Gegenständen, wie Erbsen, Nüssen, Münzen, hat die Tafel den Vorzug der Einfachheit und Einheitlichkeit.

VI. **Ein Mittel, um genau zu bestimmen, ob eine Kommunikation besteht zwischen einer Fistelöffnung in der Lumbal- oder Unterbauchgegend und der Blase oder Niere,** von O. Horwitz-Philadelphia. Gelegentlich seiner Untersuchungen bezüglich der Wirkung des Methylenblaus bei Urethritis hatte Verfasser einigen Patienten das Medikament in kleinen Dosen verordnet und hierbei gefunden, dafs der Urin eine tiefblaue Farbe annahm. Diese Thatsache brachte ihn auf den Gedanken, dafs, wo eine Fistel in der Nähe der Niere oder der Blase bestehe, es möglich wäre, durch Verordnung von Methylenblau genau festzustellen, ob die Fistel mit der Niere oder der Blase kommuniziere. Für diesen Fall nämlich würde der blau gefärbte Urin mit dem Eiter vereinigt aus der Fistel herausfliefsen und um die Nachtzeit die Wäsche blau färben. Der Versuch wurde an zwei Patienten gemacht, bei denen im Anschlufs an die operative Entfernung von Nierensteinen sich Fistelgänge in der Lumbalregion gebildet hatten. Aus den Fisteln wurden kleine Quantitäten Eiter entleert, von dem es zweifelhaft war, ob derselbe sich mit Urin vermischt hatte oder nicht. Jeder Patient erhielt 0,05 Methylenblau in Kapselform. Am nächsten Morgen zeigte sich der durch die Urethra entleerte Urin bei beiden von dunkelblauer Farbe. Die die Fistelöffnung bedeckende Binde war bei dem einen Patienten deutlich blau gefärbt, bei dem anderen nicht. Bei jenem bestand somit eine direkte Kommunikation der Fistel mit der Niere, bei diesem war eine solche nicht vorhanden. *C. Berliner-Aachen.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.
Band I, Heft 1 (April 1897).

1. **Zwei seltene Fälle in der Dermatologie**, von BLAINE-Denver, Colorado. BLAINE beschreibt je einen Fall von Scleroderma circumscriptum-Morphoea-Addisons Keloid und von Mykosis fungoides. Nach Statistiken der Amerikanischen dermatologischen Gesellschafts tellt die Morphoea $^1/_{3000}$% aller beobachteten Dermatosen dar. Die Differentialdiagnose von Lepra anaesthetica und Vitiligo ist nicht immer leicht. Die Ätiologie ist zweifelhaft, einige Autoren machen eine Embolie der Kapillargefäfse, andere eine Neurosis oder Trophoneurosis für das Entstehen verantwortlich. Da im Falle BLAINES sich Herpes am Kinn zeigte, während die Sklerodermie am linken unteren Augenlid safs, beide Gebiete aber durch denselben Nervenstamm versorgt werden, so spricht das für neurotischen Ursprung. Dauer der Morphoea zwischen 2—15 Jahren. Behandlung ohne Erfolg. — Was die ALIBERTsche Krankheit betrifft, so bemerkt BLAINE, dafs unter den 204866 Fällen der oben erwähnten Statistik sich kein Fall von Mykosis fungoides befindet. Der Fall, um den es sich handelt, ist eine jener Varietäten, die Mykosis fungoides d'emblée. Der Tumor, einer Tomate ähnlich, von Apfelgröfse, sitzt an der Stirn. Es betrifft einen 40jährigen Mann. Arsenik und antiparasitäre Salben blieben ohne Erfolg. Verfasser wendet sich gegen WILSONS Bezeichnung: Eccema hypertrophicum.

2. **Erfolgreiche Behandlung der Sykosis**, von CONDERMAN-Hornelsville, N.-Y. Verfasser berichtet über seine Behandlung der Sykosis. Epilation bei stets rasierter Haut. Einreiben mit Sublimatseife. Schaum eintrocknen lassen. Dann mit gesättigter Borsäurelösung waschen. Hierauf mit einem Pinsel von Kameelshaaren 3½% Sublimatkollodium auftragen. Nach 3—5 Tagen wiederholen, und zwar 2—3 maliges Auftragen des Kollodium. Als Nachbehandlung wieder Sublimatseifen und Borlösungen.

3. **Ein Fall von Urticaria haemorrhagica**, von HUTCHINS-Atlanta, Georgia. Heilung einer Urticaria haemorrhagica durch innerliche Gaben von Calciumchlorid neben Einwickelungen mit Gazebinden, auf die eine Menthollösung gegossen worden ist (gegen das Jucken). Im Gegensatz zu den Autoren, die Urticaria haemorrhagica für eine Urticaria halten, die auf Purpura oder Purpura haemorrhagica entstanden ist, will H. dies für seinen Fall nur teilweise zugeben, indem er erst die Quaddeln beobachtet habe, während die Hämorrhagien sekundär gewesen seien. Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das 10 Stunden täglich stehen mufs.

4. **Akne-Behandlung**, von CARRIER-Detroit, Mich. Nur 28% aller Aknekranken kommen in ärztliche Behandlung: 1. weil die Krankheit meist Unbemittelte betrifft; 2. weil sich die Patienten im übrigen kerngesund fühlen; 3. weil das Publikum glaubt, Akne sei eine Begleiterscheinung der Pubertät, mit deren Vollendung sie verschwinde. — C. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Pubertät ist für Entstehung der Akne nicht verantwortlich zu machen. Vielmehr Alkohol, Tabak, Intestinalleiden, professionelle Schädlichkeiten. 2. Verstopfung des Ausführungsganges der Drüsen durch Verhornung der Zellen der Haarfollikel oder Veränderungen des Sebums sind direkte Ursachen der Akne. 3. Acne pustulosa entsteht durch Einwanderung von allen möglichen Keimen, ohne dafs es einen spezifischen Bacillus der Akne giebt. — Als Behandlung empfiehlt C. bei Komedonenbildung sog. Schwefelglycerinwasser, nachts Schwefelsalben, bei Acne vulgaris Naphtol, Resorcin, besonders Sublimat tags in Waschungen, nachts in Salben. Bei der pustulösen Form dasselbe nach vorheriger operativer Behandlung.

5. **Lepra**, von MARTIN-St. Louis, Mo. M. teilt die Lepra nur in tuberöse und anästhetische Form ein, da ja die makulöse nur das Vorstadium der tuberösen sei. Nach beiden Formen ist das klinische Bild durch die Leprome bezw. die Neuro-

lepriden beherrscht. Letztere sind Nervenentzündungen und ihre Produkte. Anfangs zeigen sie Hyperästhesie, später durch Druck, Atrophie und Degeneration Anästhesie. Befördernde Momente für Lepra sind klimatische Verhältnisse und Zugehörigkeit zur farbigen Rasse. In den Tropen überwiegen die Neurolepride, im Norden die Leprome. Bei ersteren Fällen mit chronischerem Verlauf ist das Toxin scheinbar schwächer. M. schliefst sich den bekannten Erfahrungen über Kontagiosität, Nichtheredität, Isolierung und Nichtheilbarkeit der Autoren an. Günstige Erfolge verspricht er sich von Carasquillas Serum und subcutaner Anwendung des Eisenperchlorids.

6. **Ein Fall von ungewöhnlicher Vitiligo**, von Lieberthal-Chicago, Ill. Es betrifft ein 7jähriges Mädchen, das seit 1½ Jahren an Vitiligo leidet. Dieselbe umfafst 3 Flecke auf der Stirn. Zugleich besteht ein Naevus pigmentosus verrucosus am rechten Ellbogen sowie weifse Haarbüschel auf dem Kopf.

Bemerkenswert sind folgende Punkte: 1. Naevus und Vitiligoflecke unilateral. Ersterer scheint eine ätiologische Rolle gespielt zu haben. Letztere sind asymmetrisch auf der Stirn verteilt. 2. Die hyperpigmentierte Zone um die Vitiligo fehlt; ob sie da gewesen ist, blieb unermittelt. 3. Die Flecke an der Stirn zeigen normale Funktionen, trotzdem zeigen die Stellen auf dem Kopf seborrhoischen Grund. — L. bespricht alle Theorien der Pigmentbildung. Seine Theorie ist folgende: Die Matrix des Pigments besteht aus 2 Substanzen, die eine wird durch das Blut erhalten, die andere durch die Gewebe erzeugt, wo Pigment vorkommt — ein hämatogenes und celluläres Element, beide farblos. Zur Vereinigung beider gehört als dritter Faktor wie zur chemischen Verbindung Hitze oder Druck, das ist die Innervation von speziell organisierten trophischen Centren. Unter ihrem Einfluſs erzeugen die beiden farblosen Komponenten das Pigment. Zersetzt zerfällt es wieder in die farblosen Komponenten. Beim Albinismus, der angeborenen Pigmentlosigkeit, sind erwähnte Centren mangelhaft organisiert. Daher fehlt das Pigment trotz Vorhandenseins beider Komponenten. Bei der erworbenen Pigmentlosigkeit der Vitiligo haben die spezifischen Centren ihren Einfluſs durch irgendwelche Eindrücke verloren. Das alte Pigment hat sich zersetzt, neues fehlt. Die Hyperpigmentation vor dem Verlust des Pigments zeigt, daſs die Centren vor der Paralyse ein Stadium der Reizung durchmachen.

7. **Spät-Syphilis**, von Shoemaker-Philadelphia. Während die Frühformen die Haut ergreifen, befallen die Spätformen innere Organe. In letzteren kann man folgende Erscheinungstypen unterscheiden: 1. Pustulöse Syphilide mit einer oberflächlichen und tiefen Form. Bei ersterer ist die Kopfhaut, das Gesicht, die Genitalien befallen. II. Krankheitsjahr. Bei letzterer, die nicht wie die ersteren in Gruppen stehen, Gesicht selten ergriffen, dafür Kopf und Extremitäten. Die Geschwüre hinterlassen Narben. III.—IV. Jahr. 2. Tuberkulöse Syphilide. Erbsen- bis kastaniengroſse Eruptionen; dunkelrot, hart, glänzend gruppiert. Verwechselung mit Lupus, Epitheliom, Lepra möglich. III.—IV. Jahr. 3. Bullöse Syphilide Bei herabgekommenen Personen Stamm und Glied serös, eiterig, blütig. 4. Gummöse Syphilide. Treten später auf, bis 20 Jahre nach der Infektion. Ergreifen Haut, Eingeweide, Knochen. — Behandlung: Luft. Sonne. 1—2 mal pro Woche Bad. Kräftige Nahrung. Viel Schlaf. Kein Alkohol, kein Tabak! Innerlich Jodkalium, per os oder subcutan, daneben Tonica oder Eisenjodid. Ferner Sirup von Acidum hydrojodicum, Äthyljodidinhalationen (aufs Taschentuch getropft), Jodrubidium, Jodstrontium. Nebenbei lokale Behandlung.

8. **Syphilitische Reinfektion**, von Thomas-Pittsburg. Th. berichtet über einen Kranken, der, nachdem er 1890 einen typischen Hunterschen Schanker durchgemacht hatte und dem eine durch Hg geheilte sekundäre Lues en plein orchestre gefolgt

war, im Jahre 1895 eine Sklerose mit sekundär luetischen Erscheinungen aufwies. Letztere Diagnose von einem Kollegen bestätigt. — (Wie stehts mit der ersten? Ref.)

9. **Vier neue Operationen von seniler Prostatahypertrophie,** von Andrews-Chicago. Nach Erwähnung der bisherigen chirurgischen Methoden zur Behandlung der Prostatahypertrophie wie Tunnellierung der Drüse durch Metallsonde, Blasenstück mit Drainage oder Eingehen durchs Perineum oder partielle Prostatektomie, alle mit ungenügendem Effekt, kommt A. zu den 4 neuen Methoden, die sich seit ca. 4 Jahren eingebürgert haben. 1. Doppelseitige Kastration. Der Nutzen dieser Operation wurde durch Zufall erkannt. Als Dr. Mark's-Milwaukee die Testes wegen Krankheit entfernt hatte, besserte sich sofort eine chronische Cystitis. White erzielte an Tieren Prostataschrumpfung nach doppelseitiger Kastration (1894), sowie bei Menschen in 111 Fällen zu 50% Heilung, 30% Besserung der Cystitis und Hypertrophie der Prostata. 18% waren Todesfälle. 2. Durchschneidung der Vasa deferentia, zuerst von Harrison-London angegeben, soll die Kastration ersetzen. Gleicher Effekt. Geringeres Risiko. Nach Herhold von 44 Fällen 30 mal Heilung, kein Todesfall. 3. Totale Enukleation der Prostata, von Pyle-Canton angegeben, vom Rectum her, von Cabot ausgeführt durch perinealen Steinschnitt. Wenige Fälle bekannt. 4. Tiefe Kauterisation der Prostata. Negretto-Italien. 5 Fälle mit Erfolg. Ohne Todesfall. Viel Tierversuche.

10. **Untersuchung über die Sterblichkeit nach Cystotomia suprapubica,** von Horwitz-Philadelphia. Die hohe Cystotomie, die bei Blasensteinen, Blasentumoren, chronischer Cystitis, Prostatatuberkulose und zum Zwecke der Entfernung der vergrößerten Prostata ausgeführt wurde, hatte bis jetzt eine auffällig hohe Mortalität zur Folge (nach Cabot bei 744 gesammelten Fällen 12,52% operierter Kinder, 12% operierter Erwachsener (14.—50. Jahr), 33,7% operierter Alten). Die von ihm vorgenommenen 69 Operationen wiesen nur 1 Todesfall auf. Als Gründe für die schlechten Erfolge anderer bezeichnet H. folgendes: Fehlen der geeigneten Vorbereitung des Patienten, Überausdehnung der Blase, die im krankhaften Zustand wenig faßt, Nichtanwendung oder zu starke Anwendung der Ausfüllung des Rectums, unnötig umfangreiche Handhaben des Messers in den prävesikalen Geweben, Fehlen eines genügend weiten genau angepaßten Drainrohres, Verletzung des Peritoneums bei Trennung der Rectusscheide, Zeitverlust nach der Ätherisation bis zur Freilegung der Blase.

11. **Vasektomie oder Durchschneidung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie,** von Harrison-London. Die nach der oberen Cystotomie oft zurückbleibenden Blasenfisteln heilen vielfach nicht bei bestehender Prostatahypertrophie, da nach hydrostatischen Gesetzen hier der Urin den geringsten Widerstand findet und sich entleert. Zur Herstellung normaler Verhältnisse empfiehlt H. die Prostataschrumpfung erzeugende Vasektomie oder Durchtrennung der Vasa deferentia.

13. **Syphilis. — Wert der Quecksilberbehandlung,** von Martin. M. führt als ein neues Antisyphiliticum das Mercauro ein, eine Verbindung von Goldbromid, Arsenbromid und Merkurbromid. Es ist ein Antilueticum, Tonicum und wird von jedem Magen vertragen. Es soll den Hämoglobingehalt steigern und die roten Blutkörperchen vermehren. Besonders gut wird es von anämischen und neurasthenischen Syphilitikern vertragen. Leider erwähnt Verfasser nur einen Fall, in dem Mercauro nach Nutzlosigkeit der innerlichen, äußerlichen und subcutanen Darreichung von Hg von Erfolg gewesen ist. In seiner Arbeit nimmt M. übrigens die Möglichkeit einer Infektion mit Lues an, ohne daß eine Läsion der Decke des Körpers bestehen braucht. Die Art giebt M. leider nicht an.

13. **Retentionscystitis infolge von Prostatahypertrophie,** von Westervelt-Dakas, Tex. W. zieht der vollständigen oder teilweisen Prostatektomie bei Cystitis

infolge Prostatahypertrophie doch zeitweise die von ihm ausgeführte Behandlung der Cystitis vor: Katheterismus, Ausspülung mit warmem Wasser, Senna- und Opiumextraktlösungen; Milchsäure per os, um die ammoniakale Zersetzung des Harns zu hemmen. Wie es aber bei excessiver Prostatavergrößerung mit dem Katheterismus werden soll, davon erwähnt W. nichts.

14. **Radfahrer-Prostatitis**, von Arwine-Washington. Die Prostata ist bei 75% aller Bicyclefahrer vergrößert, ohne daß dieselben jemals Blennorrhoe gehabt haben oder Masturbanten gewesen sind. Besonders Sättel mit hohem First sind schädlich. Bei Blennorrhoe Bicycle auf jeden Fall verbieten.

15. **Santalöl gegen Blennorhagie.** Für die Gelatinekapseln, die im Magen gelöst Nausea und Singultus verursachen, werden „Organic Membrane Capsules" empfohlen, über deren Herstellung nähere Angaben fehlen.

Band I, Heft 2 (Juli 1897).

1. **Scheckige Haut, zwei Fälle von Leukoderma, Vitiligo**, von Hamilton. H. unterscheidet 4 oft miteinander verwechselte Arten von gescheckter Haut: 1. Tinea versicolor. Diagnose durch Mikroskop. 2. Pigmentsyphilis. Diagnose durch Allgemeinzustand, Anamnese, ex juvantibus. 3. Morphoea. Cirkumskript, Flecke mehr weniger erhaben. 4. Vitiligo.

Von letzterer erwähnt er 2 Fälle, die nichts Besonderes bieten.

2. **Psoriasis**, von Martin-St. Louis. M. erwähnt die Differentialdiagnosen von Lues squam., Eccema squam., Lichen ruber, Lichen planus, Tinea circinata, Seborrhoe und Lupus erythematosus, erwähnt die Theorien der Pathologen, daß Psoriasis entweder eine Entzündung, eine Retehyperplasie mit Coriumveränderungen oder eine Keratolysis mit Verhornungsmetamorphose sein soll und stellt sich auf den Standpunkt, daß wir es in Wirklichkeit mit lokaler Blutstauung, Erweiterung der Gefäße und nutritiven Störungen infolge des Einflusses vasomotorischer Centren zu thun haben. Heredität schließt M. ziemlich aus, nähert sich Wilsons Standpunkt, daß Psoriasis bei Personen vorkäme, deren Antecedenten Lues gehabt haben. Dafür führt er die Wirkung des Jodkaliums an. Da die Psoriasis im Sommer, wo die Hautfunktionen sich heben, schneller zur Heilung gelangt, in dieser Jahreszeit auch die vegetabile Nahrung und die Aufnahme von Wasser zunimmt, will er diese Gesichtspunkte in der Therapie betont wissen: Seifenbehandlung. Chrysarobin. Teer. Öfters Baden. Fleisch verbieten, ebenso Alkohol. Von innerlichen Mitteln: Jodkalium und Arsenik. Daneben Salina, bei Anämischen zugleich Eisen.

3. **Atmosphärischer Einfluß auf Hautkrankheiten, gewisse klimatische Hautaffektionen**, von Corlett.

Frühling: Akne, Urticaria, Furunkulosis sind die häufigsten Dermatosen dieser Jahreszeit. Bei Akne wendet C. Schwefelkaliumsalben an. Bei Urticaria, die meist durch Indigestionen erzeugt wird, Diät und lokal 5% Resorcinspiritus oder Borsäurelösungen. Bei Furunkulose, die durch Einimpfung aller möglichen Mikroorganismen, besonders Staphylokokken in die durch die Jahreszeit feuchte und erschlaffte Haut entsteht, kreuzweise Incisionen, und zwar frühzeitig, Petrolverband, Wasserstoffsuperoxyd-, Borsäure- oder Resorcinlösung zu Umschlägen. Daneben Calciumchlorid innerlich, das durch die Haut wieder ausgeschieden wird.

Sommer: Ekzeme, besonders infolge Hypertrichosis Hutchinsons Pruritus aestivalis, ferner Hutchinsons Sommer-Eruption, die mit Bazins Hydroa vacciniforme identisch ist. Letztere fast nur an freien Teilen des Körpers in Gestalt von Flecken, Quaddeln, Vesikeln und konfluierenden Blasen (mit einem Nabel) auftretend, hinterläßt Narben. Auch auf Lupus vulgaris hat der Sommer einen Einfluß.

Er vermehrt die Hyperämie und verschlimmert den Lupus. Das umgekehrte gilt für Psoriasis.

Herbst (keine besonderen Affektionen).

Winter: Prurigo hiemalis Duhrings oder Winter Itch, das oft zu Verwechselungen mit Scabies geführt hat. Besonders starkes Jucken früh und abends beim Auskleiden. Die Krankheit ist auf bestimmte Gegenden Amerikas, besonders die der grofsen Seen, beschränkt und beruht auf einer Hautneurose infolge von Kälte. Therapie symptomatisch. Ferner: Dermatitis hiemalis Corletts, ähnlich der vorhergehenden und andere fieberhafte Ekzeme und Dermatitiden.

4. **Syphilitische Gummata der Lippe**, von Regensburger-San Francisco. Sein Fall beweist nichts Aufsergewöhnliches. Verfasser weist in seiner Abhandlung auf die enorme Häufigkeit der extragenitalen Infektion mit Syphilis hin. Bulkley sammelte 9058 Fälle extragenitaler Infektion. Davon erfolgt dieselbe zu 20% an der Lippe. Die Lippensklerosen sollen 10% aller Primäraffekte ausmachen.

5. **Granulöse Urethritis**, von Talley-Birmingham. Es giebt Fälle, die, ohne Striktur, aller Behandlung trotzen. In diesen findet sich ein granulöses Bild der Harnröhrenschleimhaut, besonders der Pars pendula. Die Granulationen sind meist kleiner als Wundgranulationen, tiefrot, ebenso wie die zwischen ihnen gelegene Schleimhaut, die durch die Sekrete der Granulationen bespült werden. Auch kleine kongestive Flecke und Geschwüre treten auf. Besonderer Lieblingssitz ist die Pars pendula wohl wegen ihrer hängenden Lage und ihrer Weite. Therapie: Otis-Endoscop. Lokale cirkumskripte Behandlung mit Lapislösungen nach Kocainisierung.

6. **Phlebitis der oberflächlichen Penisvenen**, von Witherspoon-Saint Louis. Verfasser beschreibt einen Fall von Blennorrhoe mit sekundärer, durch weitere Infektion entstandener Venenentzündung und Vereiterung am Dorsum des Penis. Operative Behandlung. Nachdem der Ausfluſs längst beseitigt ist, besteht noch eine Härte an der Operationsstelle und im ganzen vorderen Harnröhrenkanal.

7. **Neue Schnellheilung der Blennorrhoe**, von Silverman-Butte, Montana. S. giebt eine neue Urethralspritze an, deren Nutzen er seit drei Jahren in seiner Praxis erprobt hat. Die Spritze, ähnlich den Blasenspritzen, trägt vorn einen ansetzbaren Katheter aus Silber, dessen Wände von vorn bis hinten mit nach allen Seiten gerichteten kleinen Löchern versehen sind. Der Katheter, gerade so lang, daſs er den Blasenhals trifft, soll diesen durch Erregung eines Krampfes schlieſsen, um die Infektion der Blase zu verhindern. Die Flüssigkeit wird dadurch in die Urethralfalten gepreſst. Anwendung ein- bis zweimal täglich.

8. **Der letzte Fortschritt in der Syphilisbehandlung**, von Busdraghi-Turin. Verfasser bespricht die schädlichen Einwirkungen der bisher in der Syphilistherapie angewendeten Mittel. Jodkalium stört die Magenfunktionen, Auge, Nasenschleimhaut, Herz und Haut. Merkur erzeugt Stomatitis, Enteritis, Nephritis, Tabes, Amaurosis (? der Ref.) und verschlimmert nebenbei bestehende Leiden wie z. B. Phthise. Koliken erzeugt das sehr wirksame Hydrargyrum gallicum, das meist in Pillen zu 0,0015 bis 0,002 g gegeben wird. Von ebenfalls lästigen Erscheinungen begleitet ist das Hydrargyrum-Kalium hyposulfurosum. Empfehlenswert ist das Haemolum-Hydrargyrumjodatum in Dosen von 0,002 g, in Pillenform mit Opium und Eiweifs, sowie das Hydrargyrum jodicum oxydatum [$Hg(JO^3)^2$] in subcutanen Injektionen. — Ähnlich in der Wirkung dem Kalium jodatum ist das Rubidium jodatum, von guter Wirkung besonders bei syphilitischer Cephalalgie. Zu erwähnen ist noch das Sodium jodatum subcutan zu 0,003—0,012 g bei später und Nervenlues, Amylum jodatum insolubile in Salbenform bei Psoriasis syphilitica und Chininum jodo-hydrojodicum zu 2,5 g pro die bei sekundären und tertiären Fällen, das aber leicht Chinismus

erzeugt. Von gutem Erfolg ist ferner noch begleitet gewesen die Darreichung von Cadmium salicylicum und Cuprohaemol, das Vegetable Mercury, mit welchem Namen in Portugal die Cortex Murure belegt wird, in Dosen von 0,6—0,9 pro dosi, und die Radix Franciscae Uniflorae, eine brasilianische Pflanze. Zum Schluſs erwähnt Verfasser noch das Sperminum Poehl, ein Schilddrüsenextrakt, Tommasolis Serum und Jodothyrine. — Leider geht Verfasser bei keinem Präparat näher auf die klinische Behandlung und den Verlauf der Lues bei Anwendung der zum groſsen Teil bei uns wenig bekannten Mittel ein.

9. **Synopsis über Urethritis, ihre Ursache und Behandlung**, von Moehlan-Buffalo. Verfasser bespricht Ätiologie, Klinik und Therapie der Urethritis bei Mann und Weib in eingehender Weise. Im allgemeinen behandelt er bekannte Dinge. Einige Punkte möchte ich aber herausgreifen, die von praktischer Bedeutung sind.

M. warnt vor der Anwendung des Methylenblaus, da er davon oft Strangurie gesehen hat. Die besten Erfolge sah er bei Janetscher Irrigation mit Kalium permanganicum und Einspritzungen von Argentum nitricum 1 : 4000, Ichthyol (1 : 200) abwechselnd mit Argonin (1 : 500), ferner empfiehlt er warm Ferropyrin 1 : 300—100. Einfache Adstringentien will M. ganz und gar gestrichen wissen (siehe seine später referierte Abhandlung). Bei beginnender Cystitis ordiniert M. schleimige Getränke neben Salicyl und Benzoe, später Resorcin-Ichthyol-Ferropyrin-Irrigationen. Bei Epididymitis wendet er mit gutem Erfolg die Paquelinsche Thermokaustik an. Bei chronischer Urethritis auch Metallsonde und Guajakoleinblasungen. Bei Tripperrheumatismus: Jodkalium, Salophen, Phenacetin, Ung. cinereum, Ichthyolkompressen oder -Salbe. Neuerdings Serumtherapie.

Die Vaginalinfektionen der Weiber behandelt Verfasser folgendermaſsen. Die Betreffende muſs Kniee-Ellenbogenlage einnehmen. Die Vagina wird mit alkalischer oder Salzlösung gefüllt. Nun wird eine Elektrolyse eingeleitet, die Anode in die Vagina eingeführt. Durch den Strom werden 1. die Bakterien getötet, 2. wird eine enorme Hypersekretion der Schleimhautdrüsen angewendet, die die Kokken aus der Tiefe heraustreibt an die Oberfläche, wo sie getötet werden. Bei Vulvitis Kompressen mit folgender Lösung getränkt:

℞ *Ferr. trichloracet.* 8
Antipyrin. 8
Aq. dest. 200,0—300,0,

sowie Boroglycerin-Ichthyoltampons.

Endometritis: Curettement. Argoninausspülungen. Auswischen mit purem Creolin. Wieder Curettement. Ausspülen mit sterilem Wasser. Ferropyrin-Tampon. Nach 3—4 Tagen Jodoformgazetampon. Dann Sublimat (1 : 6000) oder Kalium permanganicum 1 : 1000.

10. **Spermatorrhoea**, von Boas-Saint Louis. Die nächtlichen Pollutionen infolge erotischer Träume gehören nicht zur pathologischen Spermatorrhoe. Hierher sind nur die Samenverluste ohne Erektion und Gefühle zu rechnen. Nach Ultzmann sind erstere durch Neurosen bedingt, die einen Muskelkrampf in den Vasa deferentia erzeugen. Bei letzterer fehlt dieser Spasmus, die Vasa deferentia sind paretisch. Geringer Samenverlust nach Stuhlgang oder Miktion ist nach Verfassers Ansicht nicht krankhaft. Als konstitutionelle Ursachen von Spermatorrhoe sind zu betrachten: erbliche Neurosen, als lokale: Masturbation, Blennorrhoe der hinteren Harnröhre, Strikturen, Prostatitis, Cystitis, Verletzungen des Perineums und andere Erkrankungen der Nachbarorgane. Die Therapie beruht auf Hebung der konstitutionellen bezw. lokalen Schädlichkeiten. Zu letzteren gehört die Verhinderung der Masturbation, Korrektion abnormer Urinbeschaffenheit, auf leere Blase halten, auf der Seite schlafen

zur Vermeidung des Drucks der Urinblase auf die Vesicae seminales. Reiten ist zu verbieten. Gegen Hyperämien der Harnröhre wendet man auch mit Erfolg die Sonde an (alle zwei Tage 5—10 Minuten lang). Lokal außerdem Argentum nitricum und elektrischen Strom. Bei Galvanisierung negativer Pol in die Harnröhre, positiver auf den Damm; bei Faradisierung Anode auf den Bulbus, Kathode ins Rectum. Von Medikamenten Bromkalium, Camphor, Lupulin, Cannabis Indica, Tonica. Daneben als Hauptbedingung gute hygienische Verhältnisse und Diät. Kein Alkohol. Hydrotherapie.

11. **Behandlung der Syphilis des Nervensystems**, von Mink-Saint Louis. Je leichter das erste und zweite Stadium der Lues, desto schwerer ist das nervöse Stadium der tertiären Periode. Therapie: starke körperliche wie geistige Thätigkeit untersagen. Inunktionen mit Unguentum cinereum bis zur Salivation. Alle zwei Tage ein heißes oder Dampfbad. Viel Wassertrinken. Kräftige Diät. Alkohol, Tabak, Thee und Kaffee verbieten. Nach den Einreibungen Jodkalium oder Sirup von Acidum hydrojodicum, der für Augen, Herz und Haut ohne Schädlichkeit ist.

12. **Scrophuloderma und seine Behandlung**, von Thompson. Durch den Kochschen Bacillus werden drei Krankheiten erzeugt: Tuberkulose, Lupus und Scrophuloderma, je nach der verschiedenen Virulenz und Lokalisation. Bei der ersten Krankheit ist der ganze Körper ergriffen, beim Lupus die Haut, beim Scrophuloderma die tieferen Gewebe. Haut, Bindegewebe, Knochen und Drüsen (noduläre bezw gummöse Form). Tuberkulin bleibt ohne Erfolg beim Scrophuloderma, von noch zweifelhafter Wirkung ist das Serum von Paquin und Marigliano. Sehr zu empfehlen ist Leberthran, besonders zusammen mit Wein in der Form von Stearns Wine of Codliver-Oil. Daneben lokale Behandlung: Curette, Messer, antiseptische Verbände.

Band I, Heft 3. Oktober 1897.

1. **Seborrhoisches Epitheliom**, von McVey-Topeka, Kas. Das seborrhoische Epitheliom, die Acne sebacée concrète der Franzosen, ist in seinem Beginn oft schwer von Lupus erythematosus zu unterscheiden. Im ersten Stadium nämlich treten ähnliche mit weißlichen Schuppen bedeckte Flecke auf, natürlich im Gesicht. Differentialdiagnostische Momente sind leichteres Bluten und gewisse Induration der Umgebung. Auch mit Scrophuloderma wird das seborrhoische Epitheliom zuweilen verwechselt. Im zweiten Stadium der Krankheit kommt es zu trichterförmigen Geschwüren, während die Schuppen, soweit sie noch existieren, tiefe Fortsätze ins Corium entsendet haben. Im dritten Stadium verschmelzen die kleinen Ulcera zu kraterförmigen Geschwüren. Drüsen werden ergriffen. Allgemeininfektion folgt. Therapie: erstes Stadium Antiparasitica z. B. 20%ige Resorcinsalbe; zweites Stadium galvanokaustische Nadel und 20—25% Ung. pyrogallicum; drittes Stadium Noli me tangere wegen der wiederkehrenden Recidive.

2. **Existiert ein Unterschied zwischen Infektion oder Kontagiosität der Lepra?** von Ashmead-New York. A. wendet sich gegen ein behördliches Gutachten, das die Lepra nicht als kontagiös hinstellt. Im übrigen führt er den Stand der Lepraforschung von heute in allen Punkten an und beschäftigt sich besonders mit ihren Bekämpfungsmaßregeln in Norwegen.

3. **Der Geschlechtstrieb**, von Phillips-St. Louis. Verfasser beschäftigt sich mit Wesen und Ursprung des menschlichen Geschlechtstriebes und stellt den Bestand von drei Centren für denselben fest: eins im Gehirn, eins im Rückenmark und ein lokales Centrum. Wenn die Samenbläschen gefüllt sind, wie es bei Gesunden in Zwischenräumen der Fall ist, so entsteht eine Reizung der sensiblen Enden der Nervi lumbales, die den Reiz durch das Rückenmark zum Gehirn leiten, von wo aus ein

lokales spezifisches Centrum in Thätigkeit versetzt wird. Bei Durchschneidung der Nn. erigentes wird der Sexualtrieb zerstört, ebenso bei gewissen Verletzungen des Pons Varoli und der Crura cerebri.

4. **Vollständige Hypospadie, Urethroplastik, Heilung** von Lewis-St. Louis. 32jähriger Mann. Totale Hypospadie. Rudimentärer Penis. Drei Operationen bisher erfolglos. Vierte plastische Operation, vom Verfasser vorgenommen, gelang. Patient, der früher nur in kauernder Stellung urinieren und den Coitus nur unvollkommen vollziehen konnte, vermag jetzt wie ein normaler Mensch Wasser zu lassen. Es ist eine totale Harnröhre herzustellen gelungen. Auch die Ejakulation erfolgt in normaler Weise.

5. **Chirurgische Behandlung der Hypospadie,** von Kingsbury-St. Louis. K. beschreibt einen Fall von Hypospadie, bei dem das Orificium urethrae einige Centimeter hinter dem Sulcus coronarius an der unteren Penisfläche saſs, während eine Fortsetzung der Harnröhre nach vorn bis zur Glans bestand. Zuerst nahm Verfasser eine Erweiterung des bestehenden Orificium urethrae vor, nach einigen Wochen in Narkose die definitive Operation. Spaltung der Harnröhre bis einige Centimeter hinter die Öffnung, Vernähung der Schnittränder, Vorziehen des vorderen Teils der Urethra und Fixation an der Eichel. Dauernde Heilung.

6. **Gefahren bei der Behandlung der Blennorrhoe mit einfachen adstringierenden Mitteln,** von Moehlan-Buffalo New York. Verfasser, der die leider noch zu landläufige Ansicht bekämpft, daſs beseitigter Ausfluſs auch Heilung bedeute, weist auf die Gefahren der Tripperbehandlung mit simplen Adstringentien hin. Diese schlieſsen die Öffnungen der Urethraldrüsen und lassen die Kokken nicht an die Oberfläche. Hierdurch ergreifen diese tiefere Gewebslagen und Organe, ja geben Anlaſs zu Allgemeininfektionen auf dem Wege der Blutbahn (Prostatitis, Nephritis, Arthritis), durch ihre Toxine allgemeine Schwäche, Anämie und Urämie erzeugend. Verfasser berichtet, daſs er noch 30 Jahre nach erfolgter blennorrhoischer Infektion durch irritierende Injektionen Gonokokken habe ans Tageslicht bringen können. (? der Ref.)

7. **Cystotomia suprapubica bei Blasensteinen,** von Harrison-Richmond, Va. H. berichtet über einen Fall von hohem Steinschnitt, bei dem ein Maulbeerstein entfernt wurde. Es erfolgte keine Verletzung des Bauchfells und doch trat eine purulente septische Peritonitis auf. Durch zeitige, ausgiebige Ausspülung der Bauchhöhle und folgende Drainage, die in diesem Falle lebensrettend wirkten, wurde die Gefahr beseitigt. Heilung.

8. **Chronische spezifische Urethritis,** von Doad-Buffalo, New York. Verfasser gelangt in seiner Abhandlung zu folgenden Resultaten: 1. 99% aller chronischen Blennorrhoen können geheilt werden. 2. Eine unerläſsliche Forderung ist ständige Kontrolle des Urins. 3. Bekämpfung der Entzündung mit sehr schwachen Lösungen, keine irritierende Injektionen. 4. Auſser dem Katheter kein Instrument benutzen, bis der Urin nur noch Fäden in klarer Flüssigkeit enthält. 5. Niemals den Patienten als geheilt entlassen, bevor Urin völlig klar ist oder wenn die noch bestehenden wenigen Flocken weder Pus noch Gonokokken enthalten. 6. Keine Urethroskopie mit elektrischem Licht, die nur dazu dient, dem Patienten zu imponieren (!). 7. Argentum nitricum bringt 96% zur Heilung. 8. Peinlichste Sterilisation der Instrumente. Viele chronische Urethritiden sind Mischinfektionen.

9. **Pediculosis pubis universalis,** von Dyer-New Orleans. Patient, der wegen Endocarditis im Hospital Aufnahme fand, zeigte nach etwa 3 Wochen eine pustulöse Eruption zusammen mit Purpuraflecken zerstreut am Körper. Daneben bestanden rheumatische Affektionen der Ellbogen- und Kniegelenke. Als Ursache der Pusteln

stellte sich eine verallgemeinerte Pediculosis pubis heraus, die sogar den ganzen Kopf ergriffen hatte. Von Kopfläusen wurde nicht ein Exemplar gefunden.

10. **Hautentzündungen infolge von Vergiftung durch Pflanzen**, von Bradley-Richmond, Va. Nach Dr. White giebt es nicht weniger als 60 Pflanzen, deren Berührung mit der menschlichen Haut von schädlichen Folgen für diese begleitet ist. Die Affektionen treten meistens im Sommer auf, sowohl weil in dieser Zeit die Pflanzen blühen u. s. w., als auch weil die Haut am leichtesten für Reize empfänglich ist. Voran steht die Gruppe der Binsen, die ein giftiges Prinzip enthalten. Die Empfänglichkeit der Haut für diese Reize ist individuell verschieden. Es sind Fälle beobachtet, wo das Einatmen von Rauch mit Binsenranken umschlungenen Holzes Dermatitiden erzeugt hat. Andere Pflanzen, wie Oleander, Virginische Schlingpflanzen u. a., erzeugen nur durch Kontakt Hautentzündungen. Therapie: früher Bleisalzlösungen, stellen sich aber als zu schwach heraus. — Br. empfiehlt heiſse alkalinische Bäder (Natr. bicarb. oder biborac., Natr. hyposulf.), die die toxische Pflanzensäure, das reizende Medium, neutralisieren sollen. Gegen das lästige Jucken wendet Verfasser statt des vielempfohlenen Kokains spirituöse Menthollösungen mit Erfolg an.

11. **Alopecia areata**, von Martin-St. Louis. Die Alopecia areata macht in St.-Louis über $^1/_2$% aller Hautkrankheiten aus, während sie in England und Frankreich bis auf 2 und 3% steigt. 50% aller Fälle betreffen Kinder unter 15 Jahren. Die Ursache der Atrophie von Haarschaft und Bulbus ist noch unbekannt; ob von unterbrochenem Blutzufluſs oder dem Fehlen von eigenen Bestandteilen im Blut, die für das Haarwachstum notwendig sind, ist noch unaufgeklärt. Ebenso ist Unnas Ansicht von kontagiös-parasitärer Natur und Kaposis trophoneurotische Erklärung, sowie anderer Autoren für entzündlich erklärtes Wesen der Krankheit noch nicht anerkannt. M. neigt noch am meisten der Kaposischen Erklärungsmethode zu, obwohl es ihn wundert, daſs $^4/_5$ der Alopeciakranken sonst sich völliger Gesundheit erfreuen. Möglicherweise ist auch Störung in der Blutzufuhr oder Mangel gewisser für das Haar nötiger nutritiver Bestandteile des Blutes die Ursache der Alopecia areata. — Therapie: Wiederherstellung der lokalen kapillären Blutcirkulation durch allerlei Reize: morgens Kopf kalt waschen, dann trocken frottieren mit einem rauhen Handtuch, dann mit harter Bürste bürsten, bis die Haut rot wird. Dann stimulierende Waschungen; Vesicantien, Chrysarobinsalben. Daneben Arsenik und Hebung des Allgemeinbefindens.

12. **Behandlung des Herpes progenitalis**, von Ashmead-New York. Zur Behandlung des recidivierenden Herpes genitalis schlägt Verfasser neben Pyrozone und einer Salbe von Ol. Bismuth. die innerliche Anwendung von Arsenik vor.

13. **Präventivbehandlung der Blasensteine**, von Thompson-St. Louis. Eine Präventivbehandlung der Blasensteine richtet sich nach der Art der Steine. Die am häufigsten, zu über 60%, vorkommenden Uratsteine und die in der Jugend am meisten beobachteten Oxalatsteine haben in saurem Urin, die Phosphatsteine in alkalischem ihr passendes Medium. Nach Erklärung der Bildung der Steine geht Th. über zur Therapie: Nahrung regeln. Viel Wasser trinken lassen. Alkalische Lösungen von Kal. citr., Natr. phosph., Lith. carb. führen oft, wenn zu reichlich genossen, zu anämischen und dyspeptischen Zuständen, in deren Gefolge Phosphat- oder Oxalatsteine sich bilden können. Warm empfiehlt Th. das Lithion in der Form von Buffalo Lithionwasser. Dies enthält genügend Lithion, um die saure Urinbeschaffenheit zu beseitigen und hebt alle Funktionen des Körpers. Dies souveräne Mittel unterstützen durch Ausarbeitung des Körpers und regelmäſsiges Leben. Fleisch in geringen Quantitäten, Cerealien, Vegetabilien, Milch u. s. w., Zucker, Wein und malzhaltige Ge-

tränke streng zu verbieten. Auf exakte Funktion der Nieren, des Herzens und der Haut halten. — Um Phosphatbildungen zu vermeiden, muſs für freien Abfluſs des Harns gesorgt werden. Retention erzeugt ammoniakalische Veränderungen des Urins. In den Fällen mit oxalsaurer Diathese die gleiche Behandlung wie bei harnsaurer.

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

Therapeutische Mitteilungen, von E. Pontoppidan-Kopenhagen. (*Ugeskrift for Læger.* 1897. No. 20—22.)

I. **Die abortive Behandlung der Blennorrhoe.** Verfasser teilt die Resultate der abortiven Behandlung von 160 Fällen von Blennorrhoe mit. Von diesen in tabellarischer Form kurz referierten Fällen meint er ungefähr ein Drittel (52 Fälle) als geheilt rechnen zu können, und in den übrigen, nicht abortiv beeinfluſsten, Fällen muſste der Verlauf durchgehends als besonders mild und reaktionslos betrachtet werden. Damit die Behandlung, die in einer einzelnen Einträufelung von wenigen Tropfen einer 2%igen Lapislösung in die Fossa navicularis mittelst der Guyonschen Instillation nach dem Harnen besteht, Aussicht auf Erfolg haben soll, muſs die Blennorrhoe, welche durch mikroskopischen Nachweis von Gonokokken konstatiert sein muſs, in dem prodromalen Stadium mit sparsamem mukopurulenten Ausflusse, hauptsächlich aus der Fossa navicularis, befindlich und noch unbehandelt sein. In den ersten paar Tagen darauf macht der Kranke Einspritzungen einer schwachen Lösung von Kalium permanganicum und kommt in längerer Zeit danach unbehandelt zur Observation. Die Irritationsphänomene waren immer nur gering und kurzdauernd.

II. **Die abortive Behandlung der Syphilis.** Von 13 Fällen, in welchen Verfasser Exstirpation der Initialsklerose unternahm, soll es in einem Falle mit günstigem Resultate geschehen sein, was dadurch bestätigt wurde, daſs der Patient einige Jahre später frische Syphilis erwarb. (Da in diesem Falle, wo die knopfförmige Induration erst ungefähr zwei Monate nach dem vermeintlich ansteckenden Coitus kenntlich war, angegeben wird, daſs — wenigstens drei Tage vor der Operation — keine Adenitis bestand, scheint die Diagnose doch etwas zweifelhaft zu sein. Ref.)

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Beitrag zum Studium der Morphologie der Prostituierten, von Jullien. (IV. internat. Kongreſs für kriminelle Anthropologie. Genf 1896.) Verfasser hat 50 junge Prostituierte auf das Vorhandensein eines „Pes prehensilis" untersucht. (Die Untersuchungen in dieser Richtung sind von Italien ausgegangen.) Diese Difformität, welche in dem Vorhandensein eines abnormen Zwischenraumes zwischen groſser und zweiter Zehe besteht, wurde bei zwei Dritteln der untersuchten Mädchen vorgefunden und betrug im Mittel 4,3 mm. Auſserdem wurde konstatiert, daſs die genannte Difformität am linken Fuſs beträchtlicher war und häufiger vorkam als am rechten.

C. Müller-Genf.

Nachdruck ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 6. 15. März 1898.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Das Vorkommen der Mikrosporie in Hamburg.

Von

Frau Dr. Trachsler.

(Mit Tafel III.)

Bekanntlich wurde die Arbeit von Furthmann und Neebe über „Vier Trichophytonarten", welche im 13. Bande, S. 477 dieser Zeitschrift 1891 veröffentlicht wurde, auf Grund von 18 Reinkulturen, welche Herr Dr. Unna von 18 verschiedenen Trichophytiefällen im Laufe der letzten Jahre gezüchtet hatte, und von zwei eigenen Fällen ausgeführt. Damals war man allgemein noch der Ansicht, dafs es nur eine Art von Trichophyton gäbe, und lediglich aus diesem Grunde wurde auf die klinische Geschichte der 18 ersten Fälle kein besonderes Gewicht gelegt. Es ist deshalb auch heute nicht mehr sicher festzustellen, ob unter diesen Fällen sich ein Fall des Mikrosporon Gruby-Sabouraud befand. Man mufs eben in Betracht ziehen, dafs es gerade die Unterschiede unter jenen Kulturen waren, welche Herrn Dr. Unna damals zuerst auf den Gedanken brachten, dafs das Bild der Trichophytie durch Einimpfung verschiedener Pilze verursacht sein könne. In der That ergab denn auch die genauere Untersuchung der obengenannten Autoren eine Pluralität der Trichophytonpilze und diese Lehre ist gegenüber manchen Anfechtungen bekanntlich durch das einstimmige Urteil auf dem Londoner Kongresse als zu Recht bestehend anerkannt worden.

Da die Krankengeschichten jener wichtigen 18 Fälle fehlen, so könnte man rückwärts die Diagnose der Mikrosporie[1] nur noch aus den erzielten Kulturen machen. Aber nach der Beschreibung, welche Furthmann und Neebe geben, und den fortgezüchteten Kulturen selbst können wir mit Sicherheit sagen, dafs keine von den Arten, welche damals gefunden wurden, durch das Mikrosporon erzeugt worden ist.

[1] „Mikrosporie" ist ein kurzer, von Herrn Dr. Unna eingeführter Name für die durch das Mikrosporon herbeigeführte Hauterkrankung.

Nur von den zwei eigenen Fällen haben wir die Krankengeschichte vor uns (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII, S. 480 ff.). Der Fall, welcher das Trichophyton atractophoron liefert, stellt eine Art von Trichophytia corporis bei einem Kinde dar, welches sich durch rasches Wachstum auszeichnete und nur einen Schüppchen tragenden Ring auf der Wange erzeugt hatte. Hier kann also von einer Mikrosporie nicht die Rede sein.

Das Trichophyton pterygoides stammt von einer an Trichophytie erkrankten Familie und da hier der Sitz zum Teile die Kopfhaut der Kinder war, so mufs ich diesen Fall etwas genauer anführen.

Es handelt sich um eine der gewöhnlichen Trichophytie sehr ähnliche Hautaffektion bei einer Familie, einem Knaben von 5 Jahren, einem Knaben von 4 Jahren und einem Mädchen von 12 Jahren. Bei dem zuerst behandelten 5jährigen Knaben befindet sich auf dem Hinterkopfe eine circa dreimarkstückgrofse, kreisrunde, kahle Hautstelle. Der Haarboden ist mit massenhaften, weifsen bis gelblichweifsen, trockenen Schuppen bedeckt. Nach Entfernung der Schuppen erscheint die Haut fast von normaler Beschaffenheit, nur etwas derber, nicht glatt oder gar atrophiert. Bei der Palpation erweist sich die Haut der kahlen Stelle mäfsig verdickt. Der Rand der kahlen Stelle ist etwas gerötet und geschwollen. Die affizierte Hautstelle bleib über die Unterlage verschiebbar. Unregelmäfsig zerstreut finden sich in der kranken Haut einzelne, mehrere Centimeter lange Haare. Dieselben lassen sich mit grofser Leichtigkeit ausziehen. Sie brechen in der Tiefe des Haarfollikels ab; die Bruchstelle ist kolbig aufgetrieben und schwärzlich verfärbt. Die Haare verschmächtigen sich nach der Bruchstelle hin nicht, sondern sind von normaler Dicke, etwas trockener als die gesunden. An den Randpartien lassen sich ganze Büschel von Haaren leicht ausziehen, welche dieselben Eigenschaften darbieten wie die eben beschriebenen. Von Haarstümpfen, wie bei gewöhnlicher Trichophytie, ist nirgends etwas zu sehen. Auch Ausrufungszeichen ähnliche Haare wie bei Area Celsi sind nicht vorhanden Mikroskopisch konnten nur spärliche Mycelfäden im Haar nachgewiesen werden. In Schüppchen zahlreiche runde, dreimarkstückgrofse glänzende Sporen.

Wie diese Schilderung zeigt, in welcher ich die nicht mit der Diagnose einer Mikrosporie zu vereinbarenden Symptome gesperrt habe drucken lassen, kann von letzterer auch bei diesen Fällen keine Rede sein.

Es wären den Autoren keinesfalls die zahlreichen kleinen Haarstümpfe, die massenhaften kleinen Sporen an diesen und die vielen Schuppen entgangen.

Auch die Kultur stimmt weder mit der des Pariser und Londoner Mikrosporon überein, noch mit einem der von mir aus wahren Hamburger Mikrosporiefällen gezüchteten Pilze.

Später teilte Unna in seiner Histopathologie der Haut (S. 375) Genaueres über einen Fall „Peter" mit. Hier hatte ein 50jähriger Schlosser im Barte eine erythematöse, aus kleinen bläulichroten Flecken konfluierende, oberflächliche, trichophytische Erkrankung sich zugezogen, die auf ein im selben Bette schlafendes Enkelkind übertragen, dort eine Trichophytie der behaarten Kopfhaut erzeugte. Diese Herde zeichneten

sich dadurch aus, dafs die Haare ausfielen, aber nicht abbrachen und keine Stümpfe hinterliefsen. Die Kultur ergab auch hier wie beim Grofsvater das Trichophyton oidiophoron. Hiernach gehört auch dieser Fall sicher nicht zur Mikrosporie und stellt wahrscheinlich eine Infektion mit einem Ectothrix (Sabouraud) dar.

Auf die im selben Kapitel beschriebenen Fälle von „Dr. Neebe" und „Kolster" brauche ich nicht näher einzugehen, da sie keine Trichophytie des Kinderkopfes betrafen.

Zum Londoner Kongresse 1896 brachte Herr Dr. Unna allerdings 5 Reinkulturen von verschiedenen Mikrosporiefällen mit, dieselben stammten aber zum gröfsten Teil von Londoner Fällen, von denen Herr Dr. Eddowes Haare nach Hamburg gesandt hatte; nur einer war von Paris uns zugesandt. Hamburger Fälle waren uns damals noch nicht zur Kenntnis gelangt.

Selbstverständlich war meine Aufmerksamkeit ganz besonders darauf gerichtet, in dem mir vorliegenden poliklinischen Material auf Mikrosporonfälle zu fahnden. Das klinische Bild war mir sowohl durch die klassische Schilderung von Sabouraud, wie auch durch eigene, in London und Paris gewonnene Anschauung wohl bekannt.

Zum ersten Male konnte ich die Mikrosporie in Hamburg bei einem 7jährigen Knaben, welcher am 16. Februar 1897 in unsere Poliklinik auf St. Pauli zur Behandlung eintrat, diagnostizieren.

Krankengeschichte No. I.

Die Krankengeschichte dieses Falles ist folgende: Karl Möller, 7 Jahre alt; schmächtig gebaut, von blasser Hautfarbe. Der Knabe stammt von gesunden Eltern und soll selbst bis zum Eintritt der Pilzkrankheit des Kopfes stets gesund gewesen sein.

Die Mutter des kleinen Patienten giebt über den Beginn und bisherigen Verlauf dieser Krankheit folgendes an: Sie bemerkte vor ungefähr acht Wochen zwei zehnpfennigstückgrofse erkrankte Stellen auf der behaarten Kopfhaut des Knaben, die sich rasch zu Thalergröfse ausbreiteten. Nach der Entdeckung von zahlreichen neuen kleinen Stellen und von roten Flecken auf der Haut des Körpers der drei Schwestern suchte sie ärztliche Behandlung.

Auf meine Frage, ob der Knabe mit anderen Kindern, die an ähnlicher Krankheit litten, verkehrt habe, erwiderte die Mutter: Mit kranken Kindern habe der Kleine nicht verkehrt, doch hätten sie längere Zeit einen brasilianischen Affen im Hause gehabt, mit dem der kleine Patient täglich gespielt und der mit Vorliebe oft auf dem Kopfe des Knaben gesessen hatte. Dieser Affe habe kranke Stellen am Körper, besonders Rücken- und Bauchgegend gehabt und seien diese von grauweifsen Schuppen bedeckt gewesen; ob in denselben Haarstümpfe sich befanden, weifs die Frau nicht anzugeben. Der Affe ist inzwischen gestorben und dadurch eine Untersuchung unmöglich geworden.

Status praesens. Auf der behaarten Kopfhaut des Knaben sieht man zwei erkrankte Stellen (siehe Tafel), die andere auf dem linken Parietale neben der Sutura sagittalis sich befindend, ist oval, $3^1/_2$ cm breit und $4^1/_2$ cm lang. Die hintere Stelle,

nahe dem Vertex liegend, ist rund und von 4 cm Durchmesser. Ferner befinden sich über die ganze Kopfhaut zerstreut kleine Efflorescenzen (ich zählte deren 18), die in der Entwickelung noch nicht so weit vorgeschritten sind wie die grofsen.

Die beiden zuerst erkrankten Stellen zeigen ein dichtes, grauweifses, aschfarbenes Schuppenlager, aus dem zahlreiche, in der Farbe nur wenig von den Schuppen sich abhebende Haarstümpfe hervorragen. Der Rand der Stellen ist gegen die Umgebung scharf abgegrenzt, doch weder erhaben noch gerötet, noch mit Bläschen und Krusten bedeckt.

Die kleinen Stellen überragen in geringer Hervorwölbung das Niveau der Haut; das sie bedeckende Schuppenlager ist nicht so dicht wie auf den grofsen Stellen, auch sieht man noch einzelne anscheinend gesunde Haare zwischen den Stümpfen. Die unter den Schuppen befindliche Haut ist grobporig, aber sonst nur wenig verändert.

Aufser diesen erkrankten Stellen der behaarten Kopfhaut sieht man noch an der linken Halsseite, an beiden Ober- und am linken Unterschenkel Efflorescenzen, die zuerst an diejenigen der gewöhnlichen Trichophytia circinata corporis erinnern, bei näherer Untersuchung jedoch bedeutende Differenzen zeigen. Der Rand ist nämlich nicht erhaben, sondern flach nur stärker gerötet und mit einem feinen Schuppenlager bedeckt. Bläschen konnte ich bei keinem der vielen Flecke von diesem und den übrigen Fällen entdecken. Keine Infiltration des Gewebes in der Tiefe, sondern nur oberflächlich erythematöse Rötungsdifferenzen, die sofort auf den Gedanken leiteten, dafs es sich hier um einen anderen Pilz als den die Trichophytie erzeugenden handeln müsse.

Die Flecke sind unregelmäfsig zerstreut und von Zehnpfennig- bis Thalergröfse.

Die mikroskopische Untersuchung der Haarstümpfe und Körperschuppen (in den Schuppen des Kopfes habe ich keine Pilzelemente nachweisen können) ergab folgendes:

1. Der Haarstumpf mit dem Sporenmantel.

a) Strukturbild.

Betrachtet man den Haarstumpf mittelst Öl-Immersion $^1/_{12}$ und Ocular 3 Leitz, so sieht man denselben von einer Hülle umgeben, die aus kleinen dicht aneinander gedrängten und dadurch polyedrisch abgeplatteten Sporen besteht.

Auf den ersten Blick könnte man glauben, dafs das Haar selbst von dieser Sporenmasse erfüllt sei, aber beim Hin- und Herdrehen der Mikrometerschraube sieht man deutlich, dafs das Haar nur davon umhüllt, nicht erfüllt ist. Und dieser Sporenmantel ist das Hauptcharakteristicum der Mikrosporie, da bei keiner anderen Trichophytie oder sonstigen Pilzkrankheit ein solcher vorkommt.

In dem Haarstumpfe verlaufen längliche Hyphen, die sich an der Innenseite der Cuticula vielfach verzweigen.

b) Farbenbild.

1. Der ganze Haarstumpf. Was im Strukturbild schon deutlich zu sehen war, wurde im Farbenbild in schönster Vollendung zur Darstellung gebracht.

Ich benutzte die Unnasche Gentiana — Jod + Eosin — Pikrin + Anilin-Methode.

In solchem Bilde sieht man die Sporen von leicht bläulicher Färbung. Das Haar selbst rötlich und die Hyphen dunkel gefärbt.

2. Quer- und Längsschnitte der Haarstümpfe. An diesen Präparaten und zwar besonders an Quer- und Längsschnitten der Haare, wie sie vermöge der Celloidineinbettung ohne grofse Mühe herzustellen sind, gewahrt man jedoch etwas, das im Strukturbilde der Aufmerksamkeit entgeht. Die blaue Sporenscheide zeigt sich hier nämlich überall noch umhüllt von einer Hornscheide, die aus der hypertrophischen, aufwärts gewucherten Wurzelscheide des Haares besteht. Dieselbe ist nur schwach bläulich gefärbt.

Die beiden Enden der Stümpfe waren in allen Fällen abgebrochen; einen Haarbulbus mit der Pincette zu epilieren, war mir nicht möglich. Dieses veranlafste mich, eine kleine Hautexcision zu machen, um hieran die Verhältnisse genauer zu studieren.

2. Schuppen des Körpers.

Die in gleicher Weise (Struktur- und Farbenbild) behandelten Schuppen geben ein ganz anderes Bild als diejenigen von Trichophytiefällen. Während bei letzteren die Hyphen gewöhnlich mehr geradlinig oder nur leicht gewellt verlaufen, sieht man bei den von Mikrosporie stammenden ein wirres, wildes Durcheinander der Hyphen, auch sind diese viel zahlreicher und kräftiger entwickelt als diejenigen der Trichophytieschuppen, die charakteristischen Sporenlager konnte ich nur in einer einzigen der vielen von mir untersuchten Schuppen entdecken.

Um durch das Kulturverfahren den Beweis zu liefern, dafs es sich in diesem Falle um eine typische Mikrosporie handele, machte ich Übertragungen von Haarstümpfen und Körperschuppen auf Lävulose-, Maltose-Agar und Kochschen Nährboden. Ich erhielt ohne Mühe mittelst der Unnaschen Alkoholmethode von Haaren und Schuppen Reinkulturen; die nähere Beschreibung derselben sowie die Schilderung der feinen Differenzen zwischen dem Hamburger, dem Londoner und Pariser Mikrosporon gedenke ich in einer späteren Mitteilung zu geben.

Therapie. Nach gehöriger Reinigung der behaarten Kopfhaut mit starkem Seifenwasser liefs ich dieselbe in toto rasieren, wodurch die kleinsten erkrankten Stellen sichtbar und der Behandlung zugängig wurden. Dann kollodiierte ich die Flecke einzeln, bis auf denselben eine dicke Kollodiumdecke sich gebildet hatte. Als dieses geschehen war, löste ich vorsichtig die Ränder der einzelnen Kollodiumdecken mit der Schere und entfernte sie dann mit einem raschen Zuge.[2] Sodann wurden die

[2] Diese Kollodiumplatten liefern das beste Untersuchungsmaterial.

Stellen einzeln mit T. jodi + T. gallar. ā bepinselt. Nachdem im Laufe von einer Woche eine starke Joddermatitis erzeugt war, liefs ich unter Pasta zinci sulf. und Vaselin abheilen. Alle zwei bis vier Wochen wurde ein neuer Cyklus mit der Collodiumbepinselung begonnen.

Nach Ablauf von drei Monaten konnte ich den Knaben als geheilt entlassen, ein Resultat, welches durch zahlreiche spätere Untersuchungen im Laufe von fünf weiteren Monaten bestätigt wurde. Kein erkranktes Haar, keine Schuppe mit Pilzelementen konnte ich noch entdecken.

Die Übertragung von Haaren und Schuppen auf den von SABOURAUD empfohlenen Maltosenährboden war seit dem zweiten Monat der Behandlung negativ ausgefallen.

Die Stellen am Körper heilten innerhalb einiger Wochen, teils unter Jod, teils unter Hg. carb.-Pflastermullbehandlung ab. Noch jetzt lasse ich den Knaben zweimal im Monat sich vorstellen und die tägliche Reinigung des Kopfes auf das sorgfältigste vornehmen. Die wieder gewachsenen Haare der kranken Stellen haben dieselbe Farbe und denselben Glanz wie das übrige Kopfhaar und nichts erinnert mehr an den wilden, rebellischen Gast, der hier hauste und so arge Zerstörung anrichtete.

Résumé.

Nach dem klinischen Bilde war es eine typische Mikrosporie, keines der Hauptsymptome fehlte; auch mikroskopisch, insbesondere durch das konstante Vorhandensein eines Sporenmantels, konnte die Diagnose bestätigt werden.

Eine Differenz meiner Resultate mit denen SABOURAUDS besteht in mikroskopischer Beziehung nur darin, dafs bei den Stümpfen des Falles Möller der Sporenmantel stets noch von einer Hornscheide sich umgeben zeigte. Ob diese Differenz thatsächlich zwischen dieser Art der Mikrosporie und der Pariser besteht, oder ob mir der Nachweis der Hornscheide nur an den gefärbten Haaren und Haarschnitten gelang, während er an den ungefärbten Stümpfen der Beobachtung entgeht, möchte ich dahingestellt sein lassen.

In kultureller Beziehung aber bestehen thatsächlich Abweichungen dieser Mikrosporie von dem wohlbekannten Bilde der Pariser und Londoner Mikrosporie zum Beweise, dafs auch das Mikrosporon nicht eine einzelne Art, sondern eine Gattung mit mehreren Arten repräsentiert.

Krankengeschichte No. II.

Alvina Möller, älteste Schwester von Karl Möller, 10 Jahre alt. Ein etwas bleich aussehendes, aber sonst gesundes Mädchen. Vor drei Wochen zeigten sich am Körper kleine rote Punkte als Beginn der Affektion.

Status praesens. Auf der linken Backe, Halsseite, im Nacken und auf den Ober- und Unterextremitäten sieht man 11 von zehnpfennig- bis zweimarkstückgrofse

ziemlich stark gerötete nicht über die Oberfläche der Haut erhabene Flecke, die im Centrum etwas weniger gerötet sind als am Rande, der mit einem feinen Schuppenlager bedeckt ist. Unterhalb der linken Patella befindet sich eine handtellergroſse Stelle.

Die behaarte Kopfhaut ist nicht ergriffen.

Therapie. Nachdem die Schuppen zu Untersuchungszwecken sorgfältig entfernt waren, wurden die Stellen mit Jodtinktur bepinselt; darüber Jodbleipflastermull gelegt. Schon nach 14 Tagen waren die erkrankten Stellen geheilt und ihre frühere Erkrankung nur durch eine leichte Röte der Haut zu erkennen.

Bakteriologische Untersuchung der Schuppen. Die in Alkohol von Kokken gereinigten Schuppen wurden auf Maltose-Nährboden übertragen; nach Verlauf von drei Tagen, bei einigen Schuppen erst nach 5—6 Tagen, zeigte sich eine feine Randausstrahlung, die sich zonenweise ausbreitete. Jeder Anfang einer Zone bedeckte sich bei weiterem Wachstum mit einem feinen, weiſsen Flaum, von dem auch das Centrum der Kolonie, die Schuppe, bedeckt war. Bei weiterem Wachstum entstanden aus diesen Kulturen dieselben, welche ich aus den Haarstümpfen erhalten hatte.

Färbung der Schuppen. Nach der Entfettung der Schuppen in Alkohol und Äther ää wurden die Schuppen in der oben angegebenen Weise gefärbt.

Das durch die Färbung erhaltene Bild ist auf den ersten Blick von dem der Trichophytieschuppe zu unterscheiden, zahlreiche, vielfach verschlungene Hyphen sind in dichten Lagen zwischen die Hornzellen gebettet. Sporen konnte ich in diesen Schuppen nicht nachweisen.

Krankengeschichte No. III.

Anna Möller, zweite Schwester von Karl Möller, 8 Jahre alt. Ein ziemlich gut entwickeltes und gesund aussehendes Mädchen.

Auch bei dieser kleinen Patientin zeigten sich vor ungefähr drei Wochen am Körper die kleinen roten Punkte, aus denen im Verlaufe von drei Wochen die erkrankten Stellen sich entwickelten.

Status praesens. Eine handflächengroſse Stelle am linken Unterkieferrand und Halsseite. Auf Ober- und Unterextremitäten 15 Stellen von Fünfpfennigstück- bis Thalergröſse. Dieselbe Form, Röte und Schuppenbildung wie bei den anderen Fällen.

Die behaarte Kopfhaut ist nicht erkrankt.

Therapie. Wie bei den Geschwistern. Die Heilung der groſsen Stelle erfolgte erst nach fünf Wochen.

Bakteriologische Untersuchung. Resultat wie bei der Schwester Alvina.

Färbung. Bei dieser ebenfalls dasselbe Resultat.

Krankengeschichte No. IV.

Paula Möller, jüngste Schwester von Karl Möller, 5 Jahre. Ein gut genährtes, gesundes Kind. Wie bei den anderen Geschwistern, so auch hier der Beginn der Erkrankung vor einigen Wochen, an verschiedenen Körperteilen mit kleinen roten Punkten.

Status praesens. Auf der rechten Halsseite eine thalergroſse Stelle. Überall auf den Ober- und Unterextremitäten zerstreute von fünfpfennig- bis markstückgroſse, erkrankte Stellen. Form, Farbe und Schuppenbildung wie bei den Geschwistern.

Therapie. Hg carb.-Pflastermull, Seifenwaschung, worunter in 14 Tagen die Stellen heilten. Neue Efflorescenzen wurden nicht beobachtet.

Bei diesem Falle ließ ich versuchsweise die linke Ober- und Unterextremität ohne Behandlung, trotzdem heilten die erkrankten Stellen in fast derselben Zeit wie die behandelten, was mich den Schluſs ziehen ließ, daſs doch nur die behaarte Kopfhaut des Kindes der rechte Nährboden des Mikrosporon ist; ich habe dasselbe später bei anderen Fällen beobachtet, wo ältere Geschwister (Fall Cöln), oder selbst die Eltern (Fall Ahrens), von dem an Mikrosporie leidenden Kinde infiziert wurden. Auch hier heilten die Efflorescenzen in kurzer Zeit ohne jegliche Behandlung.

Bakteriologische Untersuchung. Gleiches Resultat wie bei den oben angegebenen Fällen.

Bei der Färbung der Schuppen ebenfalls.

In keinem der vier Fälle war es mir möglich, in den Körperstellen vom Mikrosporon ergriffene Lanugohaare zu entdecken.

Krankengeschichte No. V.

Rehbock, Hans, 10 Jahre alter, ziemlich gut genährter, schlank gebauter Knabe von blasser Hautfarbe.

Nach den Angaben der Pflegerin soll er niemals krank gewesen sein. Der Knabe, uneheliches Kind einer Dienstmagd, muſste wegen Mittellosigkeit der Mutter in einer Armenanstalt untergebracht werden, wo er bei anderen Kindern, die ähnliche Stellen, wie sie sich bei ihm zeigten, auf der behaarten Kopfhaut hatten, sitzen muſste und sonst wohl auch beim Spielen mit diesen in nähere Berührung kam.

Die Mutter bemerkte zuerst eine circa zehnpfennigstückgroſse, mit Schuppen bedeckte Stelle auf der linken Kopfseite, der bald eine zweite kleinere, die dicht neben der zuerst entstandenen Stelle lag, folgte. Dieses veranlaſste die Mutter, den Knaben aus der Anstalt zu entfernen und ihn mit seiner Pflegerin in die Poliklinik zu senden.

Status praesens. Auf dem linken Parietale nahe dem Vertex befinden sich zwei erkrankte Stellen, die letzterem am nächsten gelegene Stelle ist ungefähr thalergroſs. Die zweite mehr nach dem Frontale zu liegende ist $3^1/_2$ cm lang und 2 cm breit. Über die ganze Kopfhaut unregelmäſsig zerstreut finden sich kleine erbsen- bis fünfpfennigstückgroſse Stellen. Auf dem Körper des Knaben war keine erkrankte Stelle zu entdecken. Sowohl die groſsen wie die kleinen Stellen sind denjenigen von den Fällen Möller beschriebenen klinisch und mikroskopisch gleich. Kulturell besteht jedoch eine Differenz. Der aus den Haarstümpfen gewachsene Flaum ist nicht so dicht wie bei jenen, auch sind die Zonen deutlicher ausgeprägt. Farbe und Entwickelungszeit sind denen der erst beschriebenen Fällen gleich.

Therapie und Verlauf. Die gleiche wie bei den anderen Fällen. Heilung nach vier Monaten.

Krankengeschichte No. VI.

Cöln, Erna, 5 Jahre. Wohlgenährtes Kind von blühendem Aussehen.

Die Mutter der Kleinen berichtet folgendes: Vor ungefähr acht Wochen bemerkte sie auf dem Hinterkopfe des Kindes eine etwa fünfmarkstückgroſse erkrankte Stelle und in deren Umgebung zahlreiche kleinere Stellen, die sich rasch vergröſserten. — Sie meint, daſs die Kleine in einer Warteschule, wo sie täglich mehrere Stunden

verweilen mufste, von anderen dort sich befindenden Kindern, die ähnlich erkrankte Stellen auf der behaarten Kopfhaut hatten, angesteckt worden sei.

Status praesens. Auf dem Occipitale befindet sich eine im Durchmesser 6 cm grofse erkrankte Stelle: Feines grauweifses Schuppenlager, aus dem zahlreiche weifsliche Haarstümpfe, 2—3 mm hoch, hervorragen. Die Stelle ist gegen die noch nicht erkrankte Umgebung scharf abgegrenzt.

Im Nacken und auf der rechten Seite des Halses sieht man mehrere Stellen, die den Körperstellen von den oben beschriebenen Fällen auffallend ähnlich sind. Die einzige Differenz besteht darin, dafs bei diesen Stellen mehrere Ringe sich befinden, was bei den Körperstellen der Kinder Möller nicht der Fall war.

Krankengeschichte No. VII.

Cöln, Paula, 3 Jahre. Jüngere Schwester der Erna Cöln, ist wie jene ein gesundes, munteres Kind, das nie krank gewesen sein soll. Bei diesem Mädchen bemerkte die Mutter einige Wochen später als bei Erna kranke Stellen auf dem Kopfe. — Auch dieses Kind hielt sich zeitweise in derselben Warteschule auf.

Status praesens. In der Mitte des linken Parietale befinden sich zwei ungefähr thalergrofse, mit grauweifsen feinen Schuppen bedeckte Stellen, aus denen gleichfarbige Haarstümpfe hervorragen. Kleine Stellen findet man über die ganze Kopfhaut zerstreut. Der Körper ist frei.

Therapie. Dieselbe wie bei den Fällen Möller und Rehbock, durch welche hier jedoch bis jetzt nicht der gewünschte Erfolg erzielt wurde. Beide Mädchen Erna und Paula sind gegen die Jodpinselungen sehr empfindlich. Eine einzige Pinselung genügt, um eine Dermatitis hervorzurufen, nach welcher Impetigo ähnliche Efflorescenzen sich zeigen, wodurch denn ein Aussetzen der Jodbehandlung geboten wird, was als Folge eine Verzögerung der Heilung nach sich zieht.

Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose: Jeder Haarstumpf war von dem charakteristischen Sporenmantel umgeben und sowohl die Struktur wie die Farbenbilder stimmten mit denen von Möller und Rehbock überein.

Zwischen dem Farbenbilde der Schuppen von den Körperstellen der Erna und und dem des Falles Möller war keine Differenz wahrzunehmen. Es wurden Schuppen von verschiedenen Ringen dieser kokardenartig aussehenden Stellen untersucht, die jedoch stets dasselbe Bild wie bei den Fällen der Kinder Möller lieferten.

Die Kulturen unterschieden sich von den Möllerschen durch dichteren Flaum auf der Kolonie und dichtere Randausstrahlung. Farbe weifs.

Krankengeschichte No. VIII.

Martha Cöln, 12 Jahre, älteste Schwester der Erna Cöln. Auch dieses Mädchen ist wie die beiden Schwestern wohlgenährt und von gesundem, frischem Aussehen. Die Mutter bemerkte vor einigen Tagen an verschiedenen Körperteilen die der Trichophytie ähnlichen Stellen. Das Kind hat die Warteschule nicht besucht, welches zur Annahme berechtigt, dafs die Infektion von den beiden kleineren Schwestern ausging.

Status praesens. Überall am Stamm und auf den Ober- und Unterextremitäten sieht man die oben schon mehrfach erwähnten und beschriebenen, an Trichophytie erinnernden Flecke. Die Gröfse derselben variiert zwischen Fünfpfennig- bis Fünfmarkstück- und Handtellergröfse. Deutliche Ringe, auf der gröfsten am unteren Rande des l. Pectoralis major sich befindenden Stelle, zählte ich deren vier. Das Centrum ist von blasserer Farbe als die Ringe, die Schuppen derselben feiner.

Die Begrenzung der Flecke ist sehr unregelmäfsig.

Die behaarte Kopfhaut frei.

Krankengeschichte No. IX.

Ahrens, Anna, 2 Jahre. Ein gesundes, wohlgenährtes Kind. Soll bis jetzt keine Krankheiten durchgemacht haben. Vor sechs Wochen bemerkte die Mutter eine zweimarkstückgroſse Stelle auf dem Hinterkopfe der Kleinen. Hierdurch aufmerksam geworden, beobachtete sie das Entstehen von anderen kleineren Stellen, welches sie veranlaſste, ärztliche Hülfe zu suchen. Sie meint, das Kind müsse beim Haarschneiden durch eine unsaubere Schere infiziert worden sein. Mit anderen Kindern sei die Kleine nicht in Berührung gekommen.

Status praesens. Ungefähr in derselben Gegend des Hinterkopfes wie bei Erna Cöln befindet sich hier eine mehr als fünfmarkstückgroſse Stelle. Wie bei den Fällen Möller, Rehbock und Cöln, so tritt auch hier das typische Bild der Mikrosporie uns entgegen. Aus dem grauweiſsen, feinen Schuppenlager ragen die vielen in gleicher Richtung stehenden Haarstümpfe hervor. Der Rand ist scharf abgegrenzt Die kleinen Stellen sind teilweise mit anscheinend noch gesunden Haaren bedeckt. — Der Körper ist frei von Efflorescenzen.

Bakteriologische Untersuchung der Haarstümpfe. Wie bei den anderen Fällen. Reinkulturen sind von diesem Falle noch nicht gewonnen.

Therapie. Collodium; später Jod. Ähnliches Resultat wie bei den Kindern Cöln. Die sehr empfindliche Kopfhaut macht das fortgesetzte Jodaufpinseln unmöglich und entstehen durch die Abheilungen der Dermatitiden so arge Verzögerungen, daſs von einer Heilung der Mikrosporie noch gar keine Rede sein kann.

Krankengeschichte No. X.

Frau Ahrens, Mutter der Anna Ahrens, 24 Jahre alt. In der Ellenbogenbeuge des rechten Armes entdeckte sie vor einigen Tagen zwei rote markstückgroſse Flecke. Sie meint, daſs das Kind dort oft den Kopf angelehnt habe.

Status praesens. Zwei thalergroſse Flecke in der rechten Ellenbogenbeuge und am Oberarm von roter Farbe und mit feinen Schuppen bedecktem Rande. Keine Ringe. Das Centrum ist etwas abgeblaſst.

Die Flecke verschwanden nach kurzer Zeit ohne Therapie.

Krankengeschichte No. XI.

Johann Ahrens, 26 Jahre, Vater der Anna Ahrens. Bemerkte vor kurzer Zeit einen roten, fünfpfennigstückgroſsen Fleck auf der rechten Halsseite; auch er meint, daſs hier oft der Kopf der Kleinen geruht habe und er durch diese Berührung angesteckt worden sei.

Status praesens. Auf der rechten Halsseite 4 cm unterhalb des rechten Unterkiefers befindet sich eine zweimarkstückgroſse erkrankte Stelle von roter Farbe, deren Rand mit feinen Schuppen bedeckt, aber nicht über das Hautniveau erhaben ist.

Schluſsfolgerungen.

In folgendem will ich versuchen, die wesentlich neuen Punkte, die sich aus dem bisher Besprochenen ergeben, kurz zusammen zu fassen.

I.

Die von Gruby und Sabouraud in die Wissenschaft eingeführte Mikrosporie wurde bisher in Hamburg noch nicht nachgewiesen. Sie kommt aber mit Sicherheit daselbst vor, wenn auch nicht sehr häufig, verglichen mit ihrem Vorkommen in Paris und London.

II.

Die Diagnose stützt sich klinisch auf die jedem sofort auffallenden Eigentümlichkeiten der Krankheitsherde: die scharfe Begrenzung derselben, ihre gleichmäfsige Bedeckung mit grauweifsen, aschfarbenen Schuppen, das Erhaltenbleiben von 2—3 mm langen, dicken, weifslichen Haarstümpfen, die Existenz von ähnlichen kleineren Tochterherden um ein oder zwei, weit gröfsere Mutterherde, ohne dafs es zu einer diffusen Erkrankung der Kopfhaut kommt, die bedeutende Kontagiosität, die Indolenz und auffallende Chronicität, die Hartnäckigkeit den therapeutischen Eingriffen gegenüber und die strikte Beschränkung auf das Kindesalter.

III.

Mikroskopisch ist die Diagnose gesichert durch das konstante Vorkommen einer aufserhalb des Haarschaftes gelegenen Sporenscheide und die Zusammensetzung der letzteren lediglich aus dicht gedrängten und dadurch polyedrisch geformten, ungleich grofsen, aber im ganzen kleinen Sporen.

Während die eben genannten Merkmale mit Sicherheit beweisen, dafs meine oben beschriebenen Hamburger Fälle von Haarerkrankungen zu der Mikrosporie Gruby-Sabouraud gehören, darf doch nicht übersehen werden, dafs dieselben sich in einigen weniger wichtigen Punkten sowohl von den Pariser Fällen als auch unter einander unterscheiden.

Zu diesen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Symptomen rechne ich: klinisch den Umstand, dafs fast alle meine Hamburger Fälle von Mikrosporie eine grofse Neigung zeigten, auf der nackten Haut des Körpers, nicht allein bei den kleinen Patienten, sondern auch bei den Eltern und erwachsenen Geschwistern derselben Efflorescenzen von eigentümlichem Aussehen und geringer Hartnäckigkeit in grofser Zahl zu erzeugen, während Sabouraud die Existenz von Satelliten bei der Mikrosporie auf der nackten Haut für selten und für nur auf der Gesichtshaut vorkommend erklärt.

Mikroskopisch kommt differentialdiagnostisch in Betracht das konstante Vorhandensein einer die Sporenscheide der Haarstümpfe umgebenden Haarscheide, welche von Sabouraud nicht beschrieben worden ist.

Mykologisch endlich finden sich ebenfalls kleine, aber konstante Differenzen in den Kulturen der von Sabouraud eingesandten Pariser Fälle und den meinen; doch mufs ich hier gleich betonen, dafs auch meine beschriebenen Hamburger Fälle sich kulturell als nicht identisch erwiesen haben, ein Punkt, auf den näher einzugehen ich mir vorbehalte.

IV.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dafs die Mikrosporie eine klinisch-histologisch-mykologisch wohl charakterisierte Erkrankung des Kinderkopfes ist, deren Varietäten durch verschiedene, sich sehr nahe stehende und vermutlich zu einer Gattung gehörende Pilzarten erzeugt wird.

Bevor ich schliefse, sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Dr. P. G. Unna, für die Überlassung der Fälle zu wissenschaftlichen Untersuchungen und meiner lieben Freundin, Fräulein Bodild von Bronsart für die Ausführung der Malerei des ersten in Hamburg zur Beobachtung gelangten Mikrosporiefalles meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Anmerkung des Verlegers: Vorstehende Arbeit sollte schon vor Monaten veröffentlicht werden; die Verzögerung im Erscheinen ist durch die Schwierigkeit der chromolithographischen Wiedergabe des Krankheitsbildes begründet.

Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper nebst einigen allgemeinen Bemerkungen.

Von

Dr. Iwan Bloch-Berlin.

Un remède experimenté
Vaut mieux qu'un nouveau inventé.
Ambroise Paré.

Niemandem, der auch nur mit einiger Aufmerksamkeit die gegenwärtigen Strömungen in der Medizin verfolgt, wird es entgangen sein, dafs die durch Anti- und Aseptik sowie durch die ganze bakteriologische Ära inaugurierte Kühnheit der therapeutischen Eingriffe nicht mehr in ihrem bisherigen Umfange aufrecht erhalten wird. In der Gynäkologie mehren sich nach Priestleys thatkräftigem Vorgange die Proteste gegen die vernünftige Grenzen überschreitende Operationswut, und die Hinweise, dafs häufiger als bisher angenommen wurde, durch mehr konservative Behandlung ein glücklicher Heilerfolg erzielt wird. Dieselbe kritische Selbstbesinnung wird bei den Chirurgen sichtbar, nicht nur in Reden über die „Grenzen des chirurgischen Könnens", sondern auch durch die Schaffung von „Mitteilungen" und einem „Centralblatt" über die „Grenzgebiete der

Medizin und Chirurgie". Das sind gewissermafsen nur negative Beweise dafür, dafs die Heilkunst anfängt, wieder den natürlichen Vorgängen im menschlichen Körper, soweit sie bei Krankheiten in einer für die Heilung günstigen Weise sich abspielen, eindringliche Beachtung zu schenken. Die positiven Beweise springen noch mehr ins Auge: die grofse Bedeutung, welche die nach wissenschaftlicher Methode ausgebauten physikalisch-diätetischen Behandlungsmethoden gewonnen haben, die erstaunlichen Ergebnisse der Organo- und Serumtherapie, durch die uns ein ungeahnter Einblick in die dem Organismus zu Gebote stehenden, in ihm selbst wurzelnden Heilkräfte gewährt worden ist, endlich (um von METSCHNIKOFFS vielbestrittener Phagocytose ganz zu schweigen) die überraschende Thatsache eines im Körper waltenden Chemotropismus im weitesten Sinne, speziell der durch LEBER nachgewiesenen Chemotaxis beim Entzündungsprozefs, welcher dann UNNA seine Fibrino- und Serotaxis hinzugefügt hat, von der ein geistvoller Schriftsteller (K. SCHWEIZER) sagt, dafs sie „das Dunkel der Gewebsvorgänge jählings aufhellt".[1] Alle diese Erkenntnisse werden nach meiner festen Überzeugung zu einem immer intensiveren Studium dessen führen, was die älteren Ärzte „Naturheilkraft" nannten, was aber, wie wir jetzt wissen, sich aus den verschiedensten natürlichen Vorgängen zusammensetzt. Mit Recht nennt H. BUCHNER das Blut das „eigentliche Desinficiens innerhalb des Körpers". Welchen grofsen Anteil an den Heilvorgängen die Zellen selbst haben, erhellt nicht nur aus den Thatsachen der Organotherapie, sondern auch aus den hochbedeutsamen neueren Untersuchungen von BEHRING, EHRLICH, WASSERMANN und TAKAKI. Für den Arzt, der noch an Therapie glaubt, erwächst daraus die Pflicht, solche therapeutischen Mittel und Methoden zu wählen, welche diese vis medicatrix naturae unterstützen und zugleich ihr entgegenstehende

---

[1] POLOTEBNOFFS sonst vielfach Übertreibungen enthaltende *„Einleitung in den Kurs der Dermatologie"* hat in einem Punkte Recht. Bei dem so hoch in die Halme geschossenen Spezialismus wird das allgemeine medizinische Denken zu sehr vernachlässigt und oft die Fühlung mit den übrigen medizinischen Disziplinen nur noch äufserlich aufrecht erhalten. Sonst hätte die seltsame Behauptung von der „Tiefenwirkung" der Silbersalze nicht so widerspruchslos in die Welt gehen und sogar gläubig nachgesprochen werden können. Gewifs haben BENARIO und SCHÄFFER in gutem Glauben diese „Tiefenwirkung" an Agar und toten Leberstückchen demonstriert. An diesem guten Glauben zweifle ich keinen Augenblick. Aber es war ihr persönlicher guter Glaube. Hat sich denn bei der Mitteilung dieser Versuche kein einziger Dermatologe an HEIDENHAINS überzeugende und ewig denkwürdige „Versuche und Fragen zur Lehre von der Lymphbildung" (*Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie.* Bd. 49. p 209 ff.) erinnert und damit an den fundamentalen Unterschied zwischen lebendem und totem Gewebe gegenüber dem Eindringen von Flüssigkeiten, auf den HEIDENHAIN, der auch in Breslau bis vor kurzem lehrte, immer und immer wieder hingewiesen hat? Ausführlich werde ich an anderer Stelle auf diesen Punkt und verschiedene andere grobe Versuchsfehler von BENARIO eingehen. Hier führte ich dies nur an als Beweis, dafs die natürlichen Vorgänge ganz andere sind, als alle künstlich aufserhalb des Körpers erzeugten.

Hindernisse aus dem Wege räumen. Auch die Pharmakotherapie trägt durch ihre neu und eigenartig aufstrebende Entwickelung diesem Gesichtspunkte einer sorgfältigen Erforschung der Pharmakodynamik der Arzneien im lebenden Menschen Rechnung. Was eine feinere Analyse und Individualisierung der Arzneiwirkung im Menschen zu leisten vermag, lehrt der Abschnitt „Pharmakotherapie" von H. SCHULZ aus dem soeben erschienenen ersten Bande des grofsen *„Lehrbuches der allgemeinen Therapie"* von EULENBURG und SAMUEL (in dessen drittem Bande wir die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten von UNNA zu erwarten haben). Diese Abhandlung trägt wegen der zahlreichen in ihr enthaltenen überraschenden und neuen Gesichtspunkte den Charakter einer anziehenden und durchweg das ganze Gebiet erleuchtenden pharmakotherapeutischen Hodegetik. Ebenso sei hier auf UNNAS gründliche Studie über „Ichthyol und Resorcin" als reduzierende Mittel hingewiesen (ganz abgesehen von den vielen übrigen die Pharmakodynamik verschiedener Mittel betreffenden Arbeiten dieses gröfsten Denkers und Therapeuten unter den deutschen Dermatologen). Auch die Materia medica sieht einer neuen und vielversprechenden Zukunft entgegen, und gerade zur rechten Zeit hat DRAGENDORFF am Ende des Jahrhunderts die „Heilpflanzen aller Völker und Zeiten" (nicht weniger als 12700) zusammengestellt, deren chemische Analyse rüstig voranschreitet und uns, wie schon jetzt kühn behauptet werden kann, neue und wertvolle Heilmittel liefern wird.

Wenn wir Spezialisten mit Befriedigung und Erfolg unsere Thätigkeit ausüben wollen, dürfen wir uns Erwägungen und Einsichten dieser Art nicht entziehen und müssen aufs neue die uns zu Gebote stehenden Heilfaktoren und die spezialistisch ausgebildeten Behandlungsmethoden daraufhin prüfen, ob sie der von uns als richtig erkannten Auffassung vom Heilungsvorgange entsprechen und nicht widersprechen. — Ich habe bereits in einer kurzen summarischen Übersicht („Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung", *diese Zeitschrift*, Bd. XXVI. No. 3) meine Ansicht entwickelt, dafs beim Tripper der Entzündungsprozefs ebenso ein zweckmäfsiger Vorgang sei wie überall und nicht sofort im Keime zu ersticken sei. Wenn FINGER, der erfahrenste und vorsichtigste Kenner dieser durch die bahnbrechenden Untersuchungen von NEISSER und NOEGGERATH als so schwer und in ihren Folgen verhängnisvoll erkannten Krankheit mit starker Betonung (*Die Blennorrhoe der Sexualorgane* u. s. w. 1896, p. 135) sagt: „Die Eiterung und Entzündung sind also heilsame zur Heilung der Affektion notwendige Vorgänge, so lange dieselben innerhalb gewisser Grenzen bleiben" und weiterhin davor warnt, die „vis medicatrix naturae, die gewifs vielfach besser parasiticid wirkt als unsere besten Antiseptica", zu mifsachten und unbedingt durch äufsere Agentien zu ersetzen, so giebt

das zu denken, sehr viel zu denken. Wir dürfen also die anfängliche Eiterung weder beschränken noch steigern.[2]

Ich werde an anderer Stelle ausführlich auseinandersetzen, unter welchen Bedingungen fast jeder Tripper zur Heilung gelangen muſs und insbesondere dort eingehend begründen, weshalb die Janetsche Methode, wenn sie in meinem Sinne modifiziert und angewendet wird, die doch immer bedenkliche Einführung von Instrumenten in die blennorrhoisch erkrankte Harnröhre überflüssig machen und bald (sit venia verbo!) die Welt erobern wird. Ebenso werde ich an jener Stelle über den wahren Wert aller Injektionsmittel mich verbreiten und der Frage näher treten, weshalb jeder Autor mit seiner Injektionsflüssigkeit allein den Tripper zu heilen vermeint, und weshalb und bis zu welchem Grade die verschiedensten Autoren mit den verschiedensten Mitteln thatsächlich scheinbare oder wirkliche Erfolge hatten.[3] An dieser Stelle möchte ich nur betonen, daſs ich nicht ein einziges aller beim Tripper empfohlenen Mittel als ein direkt antiparasitäres betrachten kann. Das gilt nicht bloſs von den innerlichen Medikamenten, sondern auch von allen Injektionsmitteln und von der Janetschen Methode. Zunächst sei dieser Gedanke hier nur an dem Beispiele des Ol. santal. ostind. erläutert.

Ich bin Herrn Dr. E. Saalfeld, an dessen Poliklinik ich früher als Assistent thätig war, zu groſsem Danke verpflichtet, daſs er mich nachdrücklich auf die trefflichen Eigenschaften des ostindischen Sandelholzöles aufmerksam machte. Er verordnete das Mittel jedem Tripperkranken während der ganzen Dauer der Behandlung. Die Erfolge waren, wie ich bestätigen kann, ausgezeichnete, und standen wahrlich nicht hinter denen der aktivsten Urologen zurück. Zahlreiche Fälle wurden durch den alleinigen Gebrauch des Sandelholzöles geheilt, andere neben sehr wenig eingreifender lokaler Therapie. Insbesondere vermied Saalfeld im Beginn des Trippers Injektionen und lieſs häufige kalte Umschläge machen. — Ich hatte bisher bei 30 Fällen von Tripper das Sandelholzöl angewendet und zwar nur im subakuten und chronischen Stadium der Krankheit sehr lange Zeit hindurch, sowie einige Male bei der Cystitis colli. Fast konstant trat schon nach wenigen Tagen der

[2] Schaeffer („Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Blennorrhoe" *Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 28) will die Gonokokken so schnell wie möglich entfernen, „selbst wenn wir eine Steigerung der Entzündungserscheinungen, eine scheinbare Verschlimmerung hervorrufen sollten". „Wenn auch im allgemeinen bei der Blennorrhoetherapie die Steigerung des entzündlichen Prozesses nicht erwünscht ist, so nehmen wir diese doch gern in den Kauf, um schnell die Gonokokken zu vernichten." Wie ein Schreckgespenst schweben immer und immer die Gonokokken vor dem geistigen Auge der Breslauer Kollegen. Giebt es auſser den Kokken nicht noch einen menschlichen Körper, nicht noch eigenartige körperliche Vorgänge, die zu beachten sind?

[3] Denn trotz der angeblich so schnell wirkenden „antibakteriellen" Silberpräparate ist es um die Trippertherapie durchweg noch ebenso traurig bestellt wie früher.

Darreichung Klärung des Urins auf neben Spärlichwerden und baldigem Versiegen des Ausflusses. Da ich nun aber (abgesehen von der vorhergehenden Behandlung mit Umschlägen, Bädern, aromatischen Dekokten) stets zugleich die Blennorrhoe nach der JANETschen Methode behandelte, so blieb es mir bisher unklar, ob wirklich, wie PENZOLDT und LANG angeben, das Ol. santal. allein den Tripper zu heilen vermöge, wenngleich ich ihm einen bedeutenden Anteil an dem Erfolge zuschreiben mufste. PENZOLDT führt (*„Lehrbuch der klin. Arzneibehandlung“*, 1897, p. 187) an, dafs 240 Kranke in durchschnittlich 27 Tagen durch das Mittel geheilt wurden. LANG (*„Der vener. Katarrh“*, 1893, p. 137) bemerkt: „Es ist jedoch nicht zu übersehen, dafs einige aromatische Mittel, insbesondere Cubeben, Copaivabalsam und Santalöl, innerlich gereicht, oft genug ganz zweifellos günstige Resultate in der Bekämpfung der Blennorrhoe liefern; und zwar liefs es sich in einer genügenden Zahl von Fällen erhärten, dafs Heilung ausschliefslich durch den Genufs dieser Präparate erzielt wurde, ja dafs dieselbe in einzelnen Fällen nur auf diesem Wege zu stande kam, obwohl vorher vergeblich mittelst Injektionen behandelt worden war.“ Durch einen glücklichen Zufall bin ich soeben in die Lage versetzt worden, die Wahrheit dieser LANGschen Angabe zu erproben. Ich unterbreite diesen m. E. eklatanten und unzweifelhaften Fall von Heilung eines schweren chronischen Trippers durch den alleinigen Gebrauch des ostindischen Sandelholzöles der Kritik der Kollegen.

Am 19. Januar d. J. suchte mich ein 23jähriger Kaufmann auf wegen eines seit 13 Monaten bestehenden Trippers. Der Patient sah sehr blafs, hohlwangig und deprimiert aus, so dafs mir der Verdacht auf komplizierende Prostatitis kam. Es sei gleich bemerkt, dafs sich dieser Verdacht nicht bestätigte. Denn die per rectum untersuchte Vorsteherdrüse war von normaler Gröfse, bot keinerlei Veränderung der Konsistenz und keinerlei Schmerzhaftigkeit. Auch das später entnommene Sekret war normal. Lungen und Herz gesund. — Der Patient war vor 13 Monaten an einem Tripper erkrankt und zuerst in einer anderen Stadt mit verschiedenen Injektionen behandelt worden, die auch nach seiner Übersiedelung nach Berlin fortgesetzt wurden, ohne dafs ihm jemals ein innerliches Medikament verordnet worden wäre. Charakteristisch war, dafs der Ausflufs bisweilen nach einem neuen Mittel wegblieb, um dann wiederzukehren. Als sich dann noch Anfang December 1897 ein linksseitiger Bubo entwickelte, entzog sich Patient der ärztlichen Behandlung, fuhr aber mit Injektionen von ihm durch mitleidende und mitleidige Freunde zur Verfügung gestellten Mitteln fort (Zinc. sulfur. mit Jodoform, Höllensteinlösungen).[4] Auf die geschwollenen Leistendrüsen hatte er sich nach altem Volksgebrauch (analog der früher in der Berliner

[4] Viele Laien sind auf dem Gebiete der Syphilis und des Trippers nicht blofs leiblich, sondern auch geistig zu Hause. Besonders unter jungen Kaufleuten bilden die venerischen Krankheiten ein unerschöpfliches Gesprächsthema, das oft mit überraschender Sachkenntnis diskutiert wird, bezeichnender Weise selten in einem den Ärzten günstigen Sinne. Die älteren Kollegen werden sich wohl alle an NIEMEYERS launige Schilderung dieser Verhältnisse erinnern. (*Spec. Path. u. Ther.* Bd. II. Kap. „Tripper“.)

Charité üblichen Bleiplattenbehandlung) Steine gelegt. Anfang Januar krönte er dann seine therapeutischen Experimente dadurch, daſs er sich mit einem Höllensteinstifte, den er in die Harnröhre einführen wollte (nach berühmten Mustern! Lallemand), eine starke Verätzung des Orificium externum zuzog, dessen Labien ich infolgedessen ulceriert fand. Aufserdem war eine entzündliche Schwellung des Präputiums und der Glans vorhanden. Der immer noch gelbliche eitrige Ausfluſs war auch vor der Verätzung des Orificium externum in gleichem Maſse sichtbar gewesen. Nach Reinigung der Urethralmündung wurde etwas Sekret herausgedrückt und mikroskopisch untersucht. Es fanden sich zahlreiche Leukocyten, sehr wenige Epithelien und keine Gonokokken (die früher dagewesen sein sollen). Dabei waren erste und zweite Portion des gleich darauf gelassenen Urins trübe. Ebenso die beiden Portionen des Morgenurins am anderen Tage.

Es handelte sich also trotz des momentanen Fehlens der Gonokokken (obgleich nach Finger die zahlreichen Leukocyten den Verdacht auf die Anwesenheit von Gonokokken verstärkten) um eine Blennorrhoea chronica anterior et posterior, die allen Einspritzungen widerstanden hatte. Da wegen der Beschaffenheit des Orificiums jede lokale Therapie ausgeschlossen war, verordnete ich nur am 20. Januar Kapseln mit Ol. santal. ostind. zu 0,5 (dreimal täglich zwei Kapseln = 3,0 pro die) und zur Heilung der Geschwüre warme Kaliumpermanganatbäder und nachheriges Aufstreuen von Jodoform. Die stark geschwollenen und entzündlich veränderten Leistendrüsen gingen sehr schnell unter energischer Einreibung von Jod-Jodkaliumsalbe (dreimal täglich) zurück. Ebenso heilten die Ulcera am Orificium allmählich. In Beziehung auf die Blennorrhoe selbst beobachtete ich folgendes:

22. Januar: Ausfluſs etwas geringer. Morgenurin I und II trübe, mit Fäden.

25. Januar: Sehr geringer Ausfluſs. I trübe, II leicht trübe.

29. Januar: Kein Ausfluſs mehr. Morgenurin I und II leicht trübe, Tagesurin I leicht trübe, II klar.

2. Februar: Morgenurin I und II klar, ohne Fäden.

11. Februar: Desgl.

15. Februar: Nach Biergenuſs: Morgenurin I und II klar, ohne Fäden. Nun wurde die Sandelholzölmedikation ausgesetzt, darauf am

19. Februar: Morgenurin I und II klar und frei.

24. Februar: Desgl.

Es war interessant zu beobachten, wie während dieser Zeit das Allgemeinbefinden des Patienten sich zusehends hob, und er völlige körperliche und geistige Frische wiedererlangte. Während der Behandlung hatte er auch auf meinen Rat sehr viel Milch getrunken, die ich gerade für die Trippertherapie sehr schätzen gelernt habe.[5] Unangenehme Nebenwirkungen des Sandelholzöles waren nicht bemerkbar gewesen, trotzdem der Patient volle vier Wochen hindurch täglich 3,0 des Öles genommen hatte. Nur in den ersten Tagen machte sich häufiges Aufstoſsen unangenehm fühlbar. Das per rectum exprimierte Prostatasekret war vollständig normal, ohne Leukocyten und Gonokokken.[6]

---

[5] Die (übrigens vereinzelte) Angabe, daſs nach Milchgenuſs Phosphaturie auftrete, habe ich nie bestätigen können.

[6] Diese Untersuchung ist sehr wichtig für die Diagnose der Heilung einer Blennorrhoe. Neisser („Zur Bedeutung der blennorrhoischen Prostatitis", *Verh. der Deutsch. Derm. Gesellsch.* 1894) hat dies zugeben müssen, nachdem er 1889 Saalfeld

Nach den mitgeteilten Daten ist der Patient zweifellos als geheilt zu betrachten, zumal da nach zwölftägigem Biergenufs und nach Aussetzen der Medikation der Urin in beiden Portionen klar blieb, der Ausfluſs gänzlich geschwunden war, und auch in der Prostata keine nachweisbaren Erkrankungsherde vorhanden waren.

Die ätherischen Öle sind als Heilmittel bei Tripper schon seit langer Zeit bekannt und wurden von den Arabern vielfach angewendet. Die heilige Hildegard erzählt in ihrer realistischen Weise die Heilung eines tripperkranken Mannes durch die Cubeben. Mit dem Ende des 16. Jahrhunderts wurde der Copaivabalsam in die Trippertherapie eingeführt, der dann im 18. Jahrhundert in DANIEL TURNER einen begeisterten Lobredner fand. RICORDS berühmter Nachweis der Wirksamkeit des Copaivabalsams bei Patienten mit Urethralfisteln, bei denen die vom Copaivaharn bespülten Teile der Urethra heilten, die anderen nicht, ist sehr bekannt. Auch wies er darauf hin, daſs beim Vaginaltripper die Balsamica unwirksam seien. GEORG EBERHARD RUMPHIUS, der wegen seiner ausgebreiteten Gelehrsamkeit als „Plinius indicus" bezeichnete holländische Unterstatthalter auf Amboina sah zuerst in der Mitte des vorigen Jahrhunderts das pulverisierte Holz von Santalum album von den amboinensischen Männern und Frauen als Trippermittel verwenden. Diese Mitteilung geriet aber wieder in Vergessenheit, bis HENDERSEN 1865 das Sandelholzöl eindringlich wieder empfahl (nach ihm besonders POSNER 1886). Seitdem verdrängt es in der Behandlung des Trippers die anderen ätherischen Öle immer mehr, zumal da es, wie auch PENZOLDT, LANG, FINGER, EWALD, KOBERT, POSNER hervorheben, in reinem unverfälschtem Zustande fast niemals unangenehme Nebenwirkungen entfaltet.[7] Von den meisten wird berichtet, daſs das Öl im akuten Stadium mit profuser Eiterung weniger wirksam sei als im subakuten nnd chronischen Stadium der Blennorrhoe, sowie bei dem durch die Reizung des Blasenhalses hervorgerufenen, besser Cystitis colli als Urethritis posterior genannten Symptomenkomplex, Zwei Umstände sind als sehr wichtige zu beachten. Erstens, daſs das Öl rein und unverfälscht sei. EWALD bemerkt darüber in seinem „*Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungs-*

---

gegenüber die Bedeutung der Prostatitis bestritten hatte, der auch auf die häufigen Anschwellungen der Prostata beim Tripper aufmerksam machte (*Tagebl. der Heidelb. Naturforschervers.* 1889, pag. 591 u. 592).

[7] KOBERT (*Lehrbuch der Pharmakotherapie*, 1897, pag. 515) macht darauf aufmerksam, daſs die Balsamica „bei Patienten, welche zum Schwitzen neigen, sowie überhaupt im Sommer weniger brauchbar sind, da sie dann zum gröſseren Teile durch die Haut mit der Transpiration weggehen, dem Harn also entzogen werden und auf der Haut zu Erythemen, Jucken etc. Anlaſs geben können." — Indirekt sind durch Prostatitis verursachte Verdauungsstörungen oft Veranlassung zu den Nebenwirkungen des Sandelöles. (cf. FLESCH, „Zur Erklärung des sog. Tripperexanthems." *Monatsh. f. prakt. Derm.* XI. No. 9.)

lehre" 1898, pag. 674: „Häufig mit Copaivabalsam oder Ricinusöl verfälscht. — Die von den Autoren beobachteten störenden Nebenerscheinungen dürften zum gröfsten Teile, wenn nicht ausschliefslich, sich durch die Qualität des Sandelöles erklären. Einesteils wird in Ostindien, Westaustralien, China aus den Abfällen, den Sägespänen, dem Wurzelholz, der Rinde u. s. w. des echten Sandelholzes auf ziemlich rohe Weise ein mit empyreumatischen Produkten geschwängertes Öl hergestellt, aus welchem auch durch in Europa erfolgende Rektifikation diese Verunreinigungen kaum entfernt werden. Anderenteils werden in Australien verschiedene andere Santalumarten abdestilliert und endlich in Westindien aus Tusanusarten gleichfalls „Sandelholzöl" hergestellt. Die therapeutische Wirkung dieser Öle, namentlich der verschiedenen australischen und neuerdings auch aus Afrika importierten, auch durch die verschiedene Einwirkung auf das polarisierte Licht unterschiedenen Öle ist jedenfalls eine andere als diejenige des aus echtem Lign. Santal. albi sach- und fachgemäfs in Europa hergestellten Öles." Dr. E. SAALFELD machte mich darauf aufmerksam, dafs in Berlin sehr häufig statt des echten ostindischen Öles das wenig wirksame westindische wegen des billigeren Preises verabfolgt wird. — Das echte aus dem dunklen Kernholz von Santalum album (Asien, Australien) gewonnene Öl ist von blafsgelber Farbe, aromatischem Geruch und Geschmack.

Der zweite wichtige Punkt ist der, dafs das Mittel sehr lange und in genügenden Tagesgaben verabreicht wird. E. HARNACK (*„Lehrbuch der Arzneimittellehre"* 1883, pag. 535) betont die Notwendigkeit des länger fortgesetzten Gebrauches. Ebenso SCHMIEDEBERG (*„Grundrifs der Arzneimittellehre"* 1888, pag. 162). Nach letzterem Autor müssen die Balsamica auch in den nötigen Mengen gegeben werden. WOLFF bezeichnet für Ol. Santal. 2,0 als Minimaldose pro die. SAALFELD giebt 3,0. Ich habe jetzt bei 30 Patienten diese Tagesdosis angewendet, ohne jemals unangenehme Nebenwirkungen gesehen zu haben. Fast alle nahmen das Mittel vier Wochen und länger. Auch PENZOLDT bemerkt, dafs man es durchschnittlich 27 Tage gebrauchen lassen mufs, um Heilung herbeizuführen.

Über die Wirkungsweise der Balsamica sind die Ansichten noch nicht geklärt. Von den beiden Bestandteilen, dem ätherischen Öle und der Harzsäure, die als saures lösliches Salz in den Harn übergeht, ist wohl die letztere als eigentlich wirksames Agens anzusehen. Nach meiner Meinung ist für die Entscheidung dieser Frage auch hier die Klinik unendlich mehr wert als jedes aufserhalb des menschlichen Körpers angestellte bakteriologische Experiment. Auch haben gerade hier die Versuche ganz entgegengesetzte Resultate ergeben. VALENTIN („Der Einfluſs des Ol. Santal. auf das Bakterienwachstum, insbesondere der Gonokokken",

Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 32, Heft 1/2, 1895) fand, dafs Gonokokken auf Santalurin wachsen, und schliefst daraus, dafs das Öl eine spezifisch bactericide Wirkung nicht entfalte. Oppenheim (cit. nach Liebreich „*Encyklopädie der Therapie*", Art. „Bals. Copaiv.") sah Abtötung der Gonokokken durch Copaivaurin, schliefst daraus vorsichtigerweise aber nur auf eine mittelbare Schädigung der Kokken.

M. E. sind die wirksamen Bestandteile der Balsamica im Harn so diluiert vorhanden, dafs eine direkt antiseptische Wirkung so gut wie ausgeschlossen ist. Dieselbe Ansicht hat auch H. Schulz („Pharmakotherapie" im „*Handb. d. allgem. Therapie*" von Eulenburg und Samuel, pag. 594). Schon eher verträgt sich mit dieser Dilution der wirksamen Prinzipien die Annahme einer adstringierenden Wirkung, da diese viel weniger von der Verdünnung abhängig ist als eine postulierte antiseptische Wirkung.

Harnack und Friedländer (in Liebreichs *Encyklopädie*) nehmen diese adstringierende Wirkung als die wahrscheinlichste an (hauptsächlich bedingt durch die Harzsäure).[8]

Nun hat Schmiedeberg in seinem trefflichen „*Grundrifs der Arzneimittellehre*" (1888, pag. 161) auf einen Umstand hingewiesen, der mir von fundamentaler Bedeutung für die Aufgaben der Trippertherapie überhaupt zu sein scheint. In der That sehe ich in Schmiedebergs Erklärung nicht nur einen wichtigen Fingerzeig für die therapeutische Methodik, sondern auch eine überraschende Aufklärung über viele bis dahin dunkle Erscheinungen im Verlaufe des Trippers. Schmiedeberg hebt hervor, dafs der Harn nach Darreichung der Balsamica aseptisch sei, d. h. sehr schwer faule und lange Zeit unzersetzt bleibe.[9]

Diese Thatsache veranlafst Schmiedeberg zu einer wirklich ingeniösen Erklärung der Wirkung dieser Mittel, die ich im Wortlaut wiedergebe. „Aus dieser Beschaffenheit des Harns ergiebt sich die Bedeutung des Copaivabalsams und wohl auch der Cubeben bei der Behandlung der blennorrhoisch erkrankten Harnröhrenschleimhaut von selbst. Wenn an derselben auch nur wenige Tropfen gewöhnlichen Harns hängen bleiben, so können sie unter solchen Verhältnissen leicht in Zersetzung übergehen und dadurch die Heilung verzögern. Wenn der Harn dagegen auch nur weniger leicht fault, so ist er relativ unschädlich, und damit ein Hindernis für die Heilung beseitigt. Direkt in die Harnröhre gebrachte Desinfek-

---

[8] Ob die beim Bronchialkatarrh beobachteten überraschenden sekretionsbeschränkenden Wirkungen des auch bei Tripper gebräuchlichen Terpentinöles für die Erklärung der Pharmakodynamik der Balsamica heranzuziehen sind, lasse ich dahingestellt.

[9] Das bestätigt übrigens auch Binz in seinen „*Vorlesungen über Pharmakologie*". 1891. pag. 342.

tionsmittel werden den gleichen Erfolg deshalb nicht haben, weil der in solchen Zuständen öfters gelassene Harn sie fortschwemmt." (Diesen Schlufssatz möchte ich zu besonders eindringlicher Beachtung empfehlen). Wenn also auch eine adstringierende Wirkung der Balsamica nicht geleugnet werden soll, so scheint doch dieses von SCHMIEDEBERG hervorgehobene Moment die Hauptrolle zu spielen beim Heilungsvorgange der Blennorrhoe. Dadurch erklärt sich erstens, weshalb man die Balsamica, also in unserem Falle das Sandelholzöl, lange Zeit geben mufs. Weil eben der Harn lange aseptisch bleiben mufs, damit die Schleimhaut, ohne durch den sich stets wieder zersetzenden Harn gereizt zu werden, allmählich wieder zu dem normalen Zustande zurückkehren kann. Zweitens ist hier auch die Erklärung dafür zu suchen, dafs das Sandelholzöl bei sehr starker Eiterung und florider Entzündung nicht wirkt, weil gegenüber den grofsen Eitermengen das Verhalten des Harns nicht in Betracht kommt, und weil eine floride Entzündung (als zweckmäfsiger Vorgang) auch trotz Hinwegnahme aller schädlichen Einflüsse sich in ihrem Fortgange nicht beeinflussen läfst. — Ferner gewinnt man so eine Einsicht in die Ursachen der häufigen Recidive nach Aussetzen der Injektionen. Sie werden eben durch die in der Harnröhre nach den Miktionen zurückbleibenden Tropfen des Harnes zum grofsen Teile veranlafst.

Das wichtigste Ergebnis dieser Betrachtung ist aber, dafs man niemals beim Tripper eine solche Behandlung entbehren kann, die den Harn dauernd aseptisch erhält. Dafs Injektionsmittel dies nicht thun, wie überhaupt keine lokale Therapie, betont SCHMIEDEBERG noch ausdrücklich. Demgegenüber registriere ich hier einfach folgende Worte SCHAEFFERS („Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe". *Münch. med. Wochenschr.* 1895, No. 28), welche die Stellung der Breslauer Schule zu dieser Frage kennzeichnen: „Die vielfach übliche innere Behandlung, welche im wesentlichen nur die entzündlichen Erscheinungen zu bekämpfen vermag, kann gleichzeitig angewandt werden, ist jedoch in der Mehrzahl der Fälle entbehrlich." Diese Entbehrlichkeit leitet er daraus ab, dafs die innere Behandlung nicht gegen den blennorrhoischen Prozefs, id est die Gonokokken, direkt wirksam ist. — Das ist auch gar nicht nötig. Therapeutisch kümmern mich die Gonokokken gar nichts. Ich will nur die Blennorrhoe heilen. Und dazu ist mir die innere Behandlung unentbehrlich geworden. Mittel, die direkt antiseptisch, direkt gonokokkentötend wirken, haben wir eben nicht nötig. Ich werde demnächst, da ich mich mit dieser Frage inzwischen sehr eingehend beschäftigt habe, nachweisen, dafs auch die JANETsche Methode einen Fortschritt nur deshalb bedeutet, weil sie ganz andere therapeutische Wirkungen hervorruft als direkt antiparasitäre. Solche giebt es überhaupt nicht in der Trippertherapie, vielleicht auch

anderswo nicht, wie sehr geistvoll F. A. HOFFMANN in seiner Allgemeinen Therapie andeutet.

Hier resumiere ich kurz so:

1. Das ostindische Sandelholzöl erteilt bei längerer Darreichung dauernd dem Harne antiblennorrhoische (nicht antibakterielle) Eigenschaften durch Fernhaltung seiner Zersetzung in der Harnröhre und entfaltet vielleicht adstringierende Wirkungen.

2. Das Sandelholzöl bewährt sich am besten im subakuten und chronischen Stadium der Blennorrhoe sowie bei Cystitis colli.

3. Das reine und unverfälschte Sandelholzöl ist von allen Balsamica das harmloseste und fast frei von Nebenwirkungen.

4. Das Sandelholzöl mufs in der Tagesgabe von 2,0 bis 3,0 durchschnittlich vier Wochen lang verabreicht werden.

5. Während der Darreichung des Sandelholzöles müssen die Patienten starkes Schwitzen möglichst vermeiden.

Zum Schlusse nochmals ein offenes Wort. Ich werde nicht aufhören, die in der Trippertherapie augenblicklich mafsgebende Anschauung der Breslauer Schule zu bekämpfen. Es sind Irrpfade, die sie, gewifs in gutem Glauben und der höchsten Anerkennung wert in Beziehung auf den eifrigen Kampf für ihre Ideen, betreten hat. Aber diese Ideen beruhten auf irrigen Voraussetzungen. — Principiis obsta! sero medicina paratur! Wenn es so weiter geht, wenn ein Injektionsmittel das andere verdrängt — denn dafs das ideale Mittel niemals kommen wird, dafs wir nie aus dem silbernen in das goldene Zeitalter der Trippertherapie gelangen werden, wage ich zu prophezeien — wenn uns dieser embarras de richesse fast erdrückt, wo bleibt da, frage ich, die rationelle Methode, wo ein genauer individueller Kurplan, wo endlich die sorgfältige Prüfung solcher Mittel am lebenden und kranken Menschen? Gerade der Therapeut, der schlichte praktische Arzt darf und mufs sich von dem Einflusse der Autoritäten freimachen, von Systemen, Theorien und gerade herrschenden wissenschaftlichen Richtungen, die nicht immer der Therapie zum Heile gereichen. So war es immer. Dies Verhältnis hat einer der gröfsten Ärzte dieses dem ovidischen „In nova fert animus mutatas dicere formas“ so sehr nacheifernden Jahrhunderts mit kritischem Geiste gewürdigt, WUNDERLICH (in seiner grofsartigen *Pathologie und Therapie*, 1852, I., pag. 68): „Durch die ganze Geschichte der Medizin hindurch begegnen wir dem Bestreben, statt auf einfache Mitteilung heilsamer Kurmethoden sich zu beschränken, von den pathologischen Vordersätzen der zeitweiligen Schule herab die sogenannte rationelle Therapie zu konstruieren,

und selbst die umsichtigsten Praktiker haben sich dem unermeßlichen Einflusse der Schultheorien kaum zu entziehen vermocht." Wenn wir praktischen Ärzte nicht die in unserer an „Fülle der Gesichte" so reichen Zeit bitter nötige Kritik üben, wenn wir nicht nach dem Rate WUNDERLICHS „wieder einfach und schlicht die Wirkung von Mitteln und Methoden auf den kranken Organismus beobachten, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Anwendung der Theorie nach sich begründen lasse" — womit durchaus der Versuch einer pharmakodynamischen Erklärung zu vereinbaren ist —, so dürfen wir niemals auf eine gedeihliche Entwickelung und befriedigende Ausübung unserer Thätigkeit hoffen.

Aus der Praxis.

Die flache Abtragung des weichen Geschwüres als Behandlungsmethode.

Von

P. G. UNNA.

Seit der Entdeckung des Streptobacillus des weichen Schankers und seitdem wir die typische Art kennen, wie derselbe das Hautgewebe angreift, steht die Therapie dieser Affektion auf einem rationelleren Boden als vorher. Wir können in der Invasionsperiode der Streptobacillen drei verschiedene Stadien unterscheiden; die erste, kürzeste umfaßt die Einwanderung des Streptobacillus durch einen Riß der Hornschicht und endet mit der Entstehung eines Eiterbläschens oder dem Abwerfen der Oberhaut. Die zweite zeigt uns die Streptobacillen in horizontaler Ausbreitung innerhalb eines oberflächlichen, nekrobiotischen Gewebsstreifens und mit vereinzelten Ketten hier und da in den Wall von Granulationsgewebe eindringend; in diesem Stadium überraschen wir die meisten Ulcera mollia. Das dritte Stadium kommt uns heutzutage fast nur in vernachlässigten, verkannten oder unzweckmäßig behandelten Fällen zu Gesicht; hier ist der Grund des Geschwüres unregelmäßig zerklüftet, zwischen den stehen gebliebenen wärzchenähnlichen Granulationen schneiden

tiefe Spalten in den Geschwürsboden ein, überall ausgekleidet von einer dünnen Lage nekrotischen Gewebes, in welchem lange Bacillenketten parallel mit den Spalten hinabdringen; hier kommen die längsten Ketten des Streptobacillus vor, die man überhaupt findet.

Lassen wir den selteneren Befund dieses dritten Stadiums vorderhand beiseite, so ergiebt sich, dafs bei der grofsen Masse der uns in praxi begegnenden Ulcera mollia der nekrotisierende Streptobacillus eine relativ oberflächliche Lage im Gewebe einnimmt. Messungen am mikroskopischen Präparate zeigen, dafs auch die vertikal absteigenden Ketten selten weiter als 1000 μ = 1 mm in die Tiefe dringen, durchschnittlich nur etwa 600—700 μ. Ein flach geführter Rasiermesserschnitt, welcher vom Ulcus eine 2 mm dicke Scheibe abträgt, enthält also stets sämtliche Streptobacillen eines solchen Geschwüres in sich; eine solche Abtragung reinigt das Geschwür vollkommen und wandelt es in eine einfache, rasch heilende Hautwunde um. Unter der Voraussetzung, dafs der von mir aufgefundene Streptobacillus der wahre Erreger des weichen Schankers ist, eine Voraussetzung, die, wie ich sehe, von den meisten Fachgenossen bereits geteilt wird, ist die genannte flache Abtragung daher die ideale Behandlung des Ulcus molle. Denn sie entfernt zugleich nur das Nekrobiotische und Infizierte mit dem Bacillus, ohne den gesunden Wall von Granulationsgewebe überflüssigerweise mit fortzunehmen und ohne eine sichtbare Narbenbildung wie der Keilschnitt und die Naht zu veranlassen.

Ursprünglich war diese Methode der Behandlung in meiner Praxis eingeführt, um recht viel Material zum Studium des Streptobacillus zu gewinnen. Es zeigte sich aber bald, dafs mit derselben auch die in praktischer Beziehung beste, rascheste und sicherste Behandlung gegeben war. Seit 2 Jahren ist dieselbe nach vielen Kontrollversuchen mit anderen Methoden auch in meiner Poliklinik definitiv eingeführt und hat sich den ungeteilten Beifall aller an derselben beteiligten Ärzte erworben.

Die Ausführung der Methode ist kurz folgende: Nachdem das Geschwür und die Umgebung mit Seife oder Sublimatlösung gereinigt sind, wird ersteres mit Chloräthyl zum Gefrieren gebracht und sodann mit dem Rasiermesser die gefrorene Scheibe, welche gewöhnlich 2½ bis 3 mm, also dicker als nötig ist, glatt abgetragen. Die Schnittfläche wird, um die Blutung zu stillen, mit dem Höllensteinstift überfahren, sodann mit Jodoformpulver bestreut und durch einen fingerbreiten Streifen Zinkoxyd-Pflastermull bedeckt, der um das Glied ein- oder besser mehrmals herumgeht und eventuell zugleich die Vorhaut in richtiger Lage erhält. Nach 24 oder 48 Stunden wird der Verband durch Aufstreuen von etwas Jodoformpulver und einen Zinkpflasterstreifen erneuert, wobei sich zuweilen das Geschwür, falls es sehr klein war, schon geheilt zeigt. Für

gröfsere ist eine zwei- bis viermalige Erneuerung dieses einfachen Verbandes nötig.

Multiplicität der Geschwüre bildet keine Kontraindikation; man vereist und trägt ein Geschwür nach dem anderen ab und verbindet sie mit einem gemeinsamen längeren Streifen von Zinkoxyd-Pflastermull.

Auf diese einfache Weise wird die Excisionsmethode in meiner Poliklinik geübt. In der Privatpraxis bleibt die Sache dieselbe, nur ist der Verband den Verhältnissen entsprechend etwas modifiziert. Da hier alles darauf ankommt, jeden Jodoformgeruch zu vermeiden, lege ich auf den mit Höllenstein bestrichenen Geschwürsgrund und die nächste Umgebung ein Stückchen Jodoform-Gitterpflastermull, fixiere letzteren mit dem Zinkpflasterstreifen und bedecke das ganze Glied mit einer ziemlich dicken Lage odorisierter Watte.[1] Diese Form der Behandlung ist nicht nur cito und tuto, sondern sogar jucunde. Der Jodoformgeruch wird hier absolut vermieden, da kein Stäubchen desselben frei in der Kleidung verdunstet und der von der minimalen, fixierten Jodoformmasse auf dem Geschwüre ausgehende Geruch durch die mit Vanillin und Cumarin odorosierte Watte, einem sicheren und vollkommenen Geruchsfilter, zurückgehalten wird.

Man könnte fragen, weshalb ich nach einer so radikalen Entfernung der Streptobacillen noch an dem altmodischen Jodoform festhalte und nicht eines der vielen, nicht anrüchigen Surrogate der Neuzeit vorziehe. Die Antwort hierauf ist, dafs ich nicht sicher bin, dafs trotz vorheriger Reinigung in der Nachbarschaft des Geschwüres nicht einzelne Bacillen dem Epithel anhangen, ja bereits in dasselbe eingedrungen sind oder durch den Schnitt selbst wieder über die Schnittfläche geführt werden. Der letzteren Eventualität wegen ziehe ich auch den freie Bacillen gewifs tötenden Höllensteinstift anderen Blutstillungsmitteln vor. Als spezifisches Mittel gegen solche versprengte Ulcus molle-Erreger steht mir aber immer noch das Jodoform am höchsten und seine unliebsamen Eigenschaften habe ich bereits seit 1884 definitiv überwunden; immerhin möge jeder diese Nachbehandlung nach seiner Erfahrung modifizieren, den Hauptwert lege ich nur auf die flache Abtragung mit dem Rasiermesser.

Um diese letztere sauber auszuführen, ist aber ebenso notwendig die vorherige Vereisung des Ulcus. Einerseits ist der primär gefrierende Hautbezirk ziemlich genau $2^1/_2$—3 mm dick, und indem man ihn von seiner weichen Unterlage rasch und sicher abtrennt, hat man gerade das, was man braucht, andererseits aber läfst sich auch bei bedeutendem Hand-

[1] Die Behandlung der Ulcera mollia mit Jodoform-Gitterpflastermull (kurz: Jodoformgitter) und odorisierter Watte habe ich empfohlen in *dieser Zeitschrift*, Bd. III, 1884 (Zur Jodoformbehandlung des Ulcus molle). — Jodoformgitter und odorisierte Watte sind zu beziehen von der Schwanapotheke, Hamburg.

geschick die hier hauptsächlich in Betracht kommende, nachgiebige und elastische Haut der Vorhaut und des Penis nicht glatt und fehlerlos mit dem Rasiermesser abtragen. Die Vereisung gehört mithin notwendig zur Methode.

Handelt es sich um Ulcera mollia des charakterisierten dritten Stadiums oder um unterminierende, serpiginöse Schanker, so tritt nur die Modifikation ein, dafs man eine dickere Schicht vereist und abträgt; 3—4 mm werden auch hier in der Regel genügen; die Schnittfläche mufs glatt und ohne nekrotische Inseln sein.

Eine wahre Kontraindikation für diese Behandlungsmethode besteht nur dort, wo die glatte Abtragung in der geschilderten Weise aus örtlichen Gründen unmöglich ist, so hauptsächlich bei den weichen Schankern der Urethralmündung und des Frenulums. Auch ringförmige, einen gröfseren Teil der Coronarfurche einnehmende Geschwüre eignen sich nicht dazu. Bestehen solche Geschwüre neben gut zu exstirpierenden, so kann man die letzteren mit der Vereisungs-Rasiermesser-Methode zunächst behandeln und die übrigen der langsameren Ausheilung mit anderen Mitteln überlassen. Stets sind die ersteren durch den cirkulären Streifen von Zinkoxyd-Pflastermull ausreichend isoliert und kommen durch ihre raschere Heilung bald aufser Betracht.

Als besondere Vorzüge dieser Methode möchte ich die folgenden hinstellen:

1. die Schnelligkeit der Heilung,
2. die radikale Entfernung des infektiösen Stoffes,
3. die Sauberkeit und Einfachheit der Nachbehandlung,
4. die narbenlose Heilung und
5. die Gewinnung eines ausgezeichneten Materials zur Untersuchung.

Der letztere Punkt kann nicht hoch genug angeschlagen werden. Nicht nur alle wissenschaftlichen Fragen, wie die in Bezug auf den Übergang des weichen Schankers in eine Initialsklerose, die Konstanz des Streptobacillus, seine Züchtbarkeit, die Histogenese des weichen Schankers u. s. f., sondern auch die hochwichtige praktische Frage, ob im Einzelfalle ein zweifelhaftes Geschwür ein Streptobacillen-Ulcus sei, lassen sich mittelst dieses Materiales entscheiden.

Feuilleton.

Das Hospital Saint-Louis zu Paris und die französische dermatologische Schule.

Von

Dr. med. F. E. Hopf,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Wir leben in einer Zeit, wo unter den deutschen Dermatologen das einmütige Streben dahin geht, auch für ihre Spezialdisziplin an allen deutschen Universitäten Lehrstühle errichtet zu sehen, wo die Forderung immer mehr überhand nimmt, dafs die Lehre der Dermatopathologie und was jetzt noch in ihr Gebiet eingereiht wird, zu einem besonderen Prüfungsfach erhoben werden möge. Das ist eine Forderung, die nicht mehr wie billig genannt werden mufs, wenn man die enorme, die Verbreitung aller anderen Krankheiten zusammengenommen weit überragende Verseuchung des Volkes durch die Geschlechtskrankheiten, und hier besonders durch die Syphilis, in Betracht zieht, eine Forderung, die wohl allseitig Unterstützung finden dürfte. In einer solchen Zeit, wie der heutigen, scheint es mir nicht ohne einiges Interesse, die Blicke der Ärzte auf ein Institut zu lenken, dessen Ruhm und dessen wissenschaftliche Bedeutung wohl keinem Dermatologen der Erde fremd geblieben sind, das, eines der ersten seiner Art, seit fast einem Säculum als ein Mittelpunkt dermatologischen Lehrens und Lernens gegolten hat — ich meine das Hospital Saint-Louis zu Paris.

Die Namen Alibert, Biett, Lugol, Cazenave, Bazin, Hardy sprechen eine beredte Sprache, und mit Ehrfurcht betritt man die Stätte der Wirksamkeit so bedeutender Männer, deren Wirken in unserer Spezialdisziplin so mächtige Spuren hinterlassen hat.

Als Begründer der dermatologischen Wissenschaft in Frankreich ist wohl ohne Zweifel Alibert anzusehen, der Zeitgenosse Willans und Batemans, der erste in der Reihe jener berühmten Mediziner des Hospitals Saint-Louis, an denen es seitdem nie gefehlt hat.

Als Vorläufer Aliberts mufs Lorry genannt werden, dessen *Tractatus de morbis cutaneis*, am Ende des 18. Jahrhunderts zu Paris erschienen, als ein grundlegendes Werk über den damaligen Stand der noch so wenig beachteten Lehre von den Krankheiten der Haut gelten mufs. Lorry war es, der die Blicke des ärztlichen Publikums auf die Bedeutung dieses

Kapitels der Medizin und sein Studium gelenkt hat, der Ärzte, in deren Augen dazumal eine solche Beschäftigung als nebensächlich oder gar unwürdig für einen tüchtigen Medicus galt.

Schon damals vereinigte eben das Krankenhaus Saint-Louis mit seinem grofsen Krankenmaterial mehr Hautkranke in seinen Mauern als irgend eine andere Anstalt der Welt.

Als ALIBERT und sein grofser Schüler BIETT die französische dermatologische Schule schon auf eine so glänzende Höhe gebracht hatten, — zu jener Zeit war es in Deutschland damit noch kläglich bestellt, und es sollten auch noch Jahrzehnte vergehen, bis der Mann erschien, der in genialer Weise auch bei uns die Fackel dermatologischer Erkenntnis entzündete.

Das Hospital Saint-Louis ist eines der ältesten Pariser Spitäler und neben dem Hôtel-Dieu auch eines der bekanntesten.

Als im Jahre 1606 die Pest, die Paris zehn Jahre lang verschont hatte, mit erneuter Heftigkeit auftrat, beschlofs Heinrich IV. den Bau eines besonderen Krankenhauses für Pestleidende. Dieselben waren bisher im Hôtel-Dieu untergebracht worden, dessen Räume aber erwiesen sich trotz einer geradezu unglaublich dichten Belegung mit Kranken als ungenügend. Von der Art und Weise, wie man damals arme Leidende zusammenpferchte, kann man sich eine Vorstellung bilden aus der Mitteilung eines Chronicisten, dafs z. B. im Jahre 1693 bei einem Bestand von 600 sogenannten grofsen und 400 kleinen Betten ca. 10 000 Kranke im Hôtel-Dieu untergebracht waren. Mitunter mufsten sich 12—15 Patienten mit einem Bett begnügen. Wie das durchführbar war, bleibt uns heute ein Rätsel. Da nützte gewifs auch der Ausweg nichts, dafs, wie es in Zeiten normaler Frequenz üblich war, wo in einem Spitalsbett drei Kranke liegen mufsten, die Füfse des ersten Patienten am Kopfe des zweiten zu ruhen kamen, während der dritte wiederum mit dem ersten die gleiche Lage teilte.

Abgesehen davon, dafs sich also diese Anstalt als zu klein erwies, gefährdete auch der Transport der Pestkranken durch die Stadt nach dem im Centrum von Paris gelegenen Hôtel-Dieu die Gesundheit der Bevölkerung aufs ärgste. Aus diesem Grunde beschlofs man den Bau eines Pestkrankenhauses aufserhalb der eigentlichen Stadt, und so erstand 1607 und in den folgenden Jahren unter dem für damalige Zeiten ungeheueren Aufwand von 800 000 Franken das Hospital Saint-Louis, so genannt auf Befehl des Königs nach einem seiner der tückischen Seuche erlegenen Ahnen. Die Vollendung des Hauses fiel schon in die Regierungszeit Ludwigs XIII. Die Ausführung der Bauten leitete der berühmteste Baumeister jener Zeit Claude Chastillon, von dessen Hand auch noch ein vorzüglicher Bauplan erhalten ist, der Henri IV. zur Besichtigung vorgelegen hat.

Zur Zeit der grofsen Revolution gab man dem Hospital vorübergehend einen anderen Namen, nämlich Hôpital Septentrionale.

Nach der Absicht des Gründers war das Hospital des heiligen Ludwig, abgesehen von seiner Verwendung als Pestkrankenhaus zu Zeiten, wo sich die Seuche wieder einstellte, nur für Hautkranke und Kranke mit chronischen Affektionen bestimmt, so für den zu damaliger Zeit aufserordentlich verbreiteten Skorbut, von dem z. B. im Jahre 1754 allein 1200 in Saint-Louis behandelte Kranke befallen waren, für alle Arten von Flechten, für Krätzige, für die unter der Benennung Tinea zusammengefafsten Erkrankungen des behaarten Kopfes, wie Erbgrind, Weichselzopf, Favus u. s. w. Aufserdem fanden alle Scrophulösen Aufnahme in dieser Anstalt, sowohl solche, bei denen sich das Leiden auf der äufseren Decke des Körpers manifestierte, als auch Kranke mit scrophulösen Augenentzündungen, kalten Abscessen und Drüsenschwellungen jeder Stufe.

Von Anfang an war das Spital nur für Civilpersonen bestimmt, ja es bestanden Verordnungen, laut denen Soldaten der Eintritt verboten war. Anfangs dieses Jahrhunderts jedoch wurde diese Regel durchbrochen, und zwar in so ausgedehnter Weise, dafs man sich gezwungen sah, 1808 eine militärische Abteilung von 160 Betten von der Hauptanstalt abzuzweigen. Doch standen hier nichts weniger als ausschliefslich die oben erwähnten Krankheiten zur Behandlung.

Seine fast dreihundertjährige Vergangenheit drückt dem Hause auch äufserlich den Stempel auf. In mächtigen Dimensionen quadratisch angelegt, liegt es in einem Stadtteile, dessen Name noch jetzt an die alten Tempelherren erinnert, die hier ihr Kastell besafsen — im Faubourg du Temple. Man kann nicht behaupten, dafs es sich in gesunder Gegend befände. Im Gegenteil mufs man, die breite Place de la République verlassend, durch eine Reihe schmutziger Strafsen und über den trüben Kanal Saint-Martin wandern, ehe man zur Rue Bichat gelangt, auf der sich der Eingang zum Spital befindet.

Der alte Alibert würde sich sicher nicht über die seinen Namen tragende Strafse sonderlich erbaut zeigen, die man zum Hospital passieren mufs. Die äufsere Mauer, an deren nach der inneren Stadt zu gelegenen Seite mehrere in der Neuzeit entstandene Gebäude sich anlehnen, umschliefst einen quadratisch gebauten massiven Häuserkomplex, der noch ganz wie zu den Zeiten Heinrichs IV. aussieht. Seine vier langen Seiten umschliefsen den innern Hof, der ebenso wie der zwischen dem Grundstock der Gebäude und der äufseren Umfassungsmauer gelegene äufsere Hof mit schönen Baumanlagen geziert ist.

Hier, vor dem Pavillon Gabrielle unter den blühenden Lindenbäumen, hielt im Sommer Alibert seine berühmten Vorlesungen, zu denen sich die Studenten drängten, in der Erkenntnis, dafs man doch auch von den

Krankheiten der Haut etwas wissen müsse; hier saſsen auf Holzbänken die Jünger der Wissenschaft, während auf hohem Katheder der Meister seine von klassischer Beredtsamkeit zeugenden, mit Bonmots, wie sie den meisten Syphilidologen eigen sind, gewürzten Vorträge hielt.

Betreten wir durch das sonst ausschlieſslich für Kranke geöffnete Thor, vor dem zwei Sergeants de ville Posto gefaſst haben, das Gebiet des Hospitals Saint-Louis, so gelangen wir zunächst in ein groſses Gebäude, das in der Mitte der achtziger Jahre erbaut wurde, um dem berühmten Musée Baretta und der Bibliothek eine geeignete Unterkunftsstätte zu verschaffen.

Im Erdgeschoſs liegen hier die Räume, welche zur Abwickelung der Aufnahmeformalitäten dienen. Wer hier am Schalter passiert ist — und es wird eigentlich jeder zugelassen —, der tritt in den Wartesaal, dessen Gröſsenverhältnisse enorme sind. Er bietet für 500 Personen bequeme Sitzplätze. Eine Thür führt aus ihm in das Untersuchungszimmer, in dem täglich früh und nachmittags die „Consultations“, die unseren öffentlichen Polikliniken entsprechen, abgehalten werden.

Die Gebäude des Krankenhauses haben an und für sich nichts Aufsergewöhnliches. Sie sind fast ausschlieſslich einstöckige Steinbauten. Auf allen Abteilungen herrscht eine befriedigende Sauberkeit und Disziplin, die Krankenpflege wird von Ordensschwestern besorgt, denen auf den Männerstationen männliche Pfleger zur Seite stehen. Die im Erdgeschoſs gelegenen Säle sind niedrig, und die die gewölbte Steindecke tragenden mächtigen Pfeiler verleihen diesen Räumen etwas Gedrücktes, Dunkles. Die Säle der ersten Etage dagegen sind von aufserordentlicher Gröſse und Helligkeit. Fenster reiht sich an Fenster. Alle reichen fast bis zum Boden. Hier ist auch die Ventilation ausgezeichnet, die Luft dringt von oben durch weite von Dachreitern freigelassene Öffnungen in die Krankensäle.

Daſs man auf historischem Boden wandelt, darauf deuten die Namen der letzteren hin, die man, einer schönen Sitte folgend, nach berühmten Ärzten oder nach anderen bedeutenden Persönlichkeiten zu benennen pflegt. Wie anders heimelt doch das „Salle Devergie“ an als wie Station so und soviel unserer Krankenhäuser. So finden wir eine Salle Bazin, Salle Cazenave, einen Pavillon Emery, Pavillon Lugol; an den groſsherzigen Gründer erinnert die Salle Henri IV., in der jetzt eine Fournier-sche Frauenabteilung sich befindet; der Pavillon Gabrielle weckt die Erinnerung an die schöne Königsgeliebte Gabrièle d'Estrées, die sich hier verborgen gehalten haben soll.

Wir finden im Hospital Saint-Louis eine verschwenderische Fülle von Bädern aller Art, die in einem eigenen Gebäude untergebracht sind. Hier giebt es gewöhnliche Reinigungsbäder, Douchen, Dampf-, medikamentöse

Bäder und Räucherungsanlagen, die alle ebenso wie die angeschlossenen Desinfektionsvorrichtungen ohne Ausnahme unentgeltlich in Thätigkeit treten.

Schon im Anfang dieses Jahrhunderts waren es diese vorzüglichen, reichhaltigen Badeeinrichtungen, welche die Bewunderung der durchreisenden ausländischen Ärzte erregten. — Ich greife hier auf eine Beschreibung zurück, die ein engerer Landsmann von mir, den im Jahre 1806 königliche Munificenz in die Lage versetzte, eine Studienreise medizinischer Natur ins Ausland zu unternehmen, in seiner 1809 erschienenen Promotionsarbeit über Saint-Louis giebt. Das Vorhandensein von 24 Wannen ermöglichte es schon zur damaligen Zeit, dafs bei einer Badezeit von früh 4 bis nachmittags 3 Uhr und einstündiger Dauer jedes Bades diese Wohlthat täglich 264 Patienten zu teil werden konnte. Dabei war für 1809 eine weitere Vergrößerung des Bäderapparates geplant, unter anderen die erstmalige Einrichtung medikamentöser Bäder.

Reich ausgestattet ist das Hospital Saint-Louis mit Laboratorien, unter denen das im vorigen Jahre eingeweihte, allen Anforderungen der Neuzeit entsprechende, luxuriös eingerichtete Laboratorium Sabourauds, des genialen Erforschers der Trichophytie und Area Celsi, den ersten Platz einnimmt, eine Musterarbeitsstätte, aus der sicherlich eine Fülle neuer wissenschaftlicher Resultate noch hervorgehen wird. Ich mufs hier einschalten, dafs es im Hospital Saint-Louis der Gegenwart neben den 6 dermatologischen noch 3 chirurgische und 1 geburtshülfliche Abteilung giebt, Maternité genannt. Die Gesamtzahl der Betten beträgt im Augenblick 1218, von denen allein 895, also ca. 900 Betten dermatologischen Zwecken dienen. Es giebt an unserem Krankenhause, wie gesagt, 6 dermatologische Services, denen im Augenblick Fournier, Hallopeau, Du Castel, Danlos, Tenneson und Balzer vorstehen. Einer von ihnen, der einzige Professor der Dermatologie und Syphilidologie, Alfred Fournier, unterrichtet im Namen der Pariser Fakultät, seine Abteilung repräsentiert die dermatologisch-syphilidologische Klinik der Universität. Jeder der 6 Primärärzte hält an einem bestimmten Wochentage die poliklinischen Sprechstunden ab, wobei sich Fournier während der Ferien durch den Agrégé Gaucher vertreten läfst. Der offizielle Unterricht der Fakultät findet dreimal wöchentlich statt mit Ausnahme der Ferien, aufserdem halten die meisten anderen Médecins de l'hôpital Saint-Louis während einiger Monate im Jahre Vorlesungen ab. Doch läfst sich der theoretische Unterricht in Frankreich mit dem unserer deutschen Universitäten weder an Wert noch Ausdehnung vergleichen. Der Hauptnachdruck wird dort auf die Kurse und die praktische Ausbildung gelegt. Die klinischen Vorträge des Altmeisters Fournier, für welche das Krankenhausamphitheater reserviert ist, sind die am meisten besuchten. Hier geben sich die in Paris weilenden

fremden Ärzte ein Rendez-vous, alle die hergekommen sind aus allen Zonen der kultivierten Erde, um in die Tiefen unserer Spezialdisziplin einzudringen. Von gröfster praktischer und wissenschaftlicher Bedeutung sind die neu begründeten „Écoles des teigneux", eine schon von Lailler angeregte Einrichtung, die eine Isolierung der an Trichophytie und Alopecia areata leidenden Kinder bewirkt, Krankheiten, die in Paris in erschreckender Weise epidemisch auftreten. Über die Einrichtung dieser neuen modernen Bauten und die Arbeiten des in ihnen schaltenden Sabouraud liegen neuerdings interessante Berichte vor, die Beck-Budapest in diesen Monatsheften veröffentlicht hat.

Erwähnenswert ist hierbei besonders der Umstand, dafs für die kranken Kinder, die durch die oft lange Unterbrechung des Schulbesuches in ihrer Ausbildung zurückgebracht werden würden, eigene Lehrkräfte in den écoles des teigneux angestellt sind. Wir haben also hier schon einen Schritt zu den Vorschlägen Fourniers, der für die an Hebrascher Prurigo leidenden Kinder eigene Schulen, mit dem Krankenhaus verbunden, vorschlägt, da ja diese Kinder durch die in kurzen Zwischenräumen auftretenden Attacken der furchtbaren Krankheit in geistiger Beziehung ganz und gar zurückbleiben.

Um zu den Abteilungen zurückzukehren, möchte ich bemerken, dafs jedem Chef ein Assistent (Interne titulaire) zur Seite steht, der an der dermatologischen Klinik den Namen Chef de clinique führt, ferner 4 bis 5 Koassistenten (Externes) sowie ein Assistent für Pharmacie. Weiter sind ihm noch sogenannte Internes provisoires zugeteilt. Der Interne en pharmacie ist ein Apotheker, der an der täglichen Krankenvisite teilnehmend die Verordnungen des Chefarztes, soweit sie die Apotheke betreffen, aufschreibt — eine sehr lobenswerte Einrichtung.

Sämtliche Internen und Externen sind Mediziner, die ihre Studien beendigt haben, denen es aber verboten ist, zu promovieren, wenn sie nicht ihre so sehr begehrten Stellen einbüfsen wollen. Nur der Preisgekrönte hat das Vorrecht der Promotion, ihm wird auch die vierjährige Assistentenzeit um zwei weitere Jahre verlängert. Die Internes sind Stellvertreter des Abteilungsvorstandes, sie vertreten ihn bei der Visite, bei den Konsultationen, sowie tagsüber, wenn er nicht im Hospital weilt. Ferner geht bei ihnen der Krankenaufnahmedienst, beziehentlich die Thätigkeit als wachehabender Arzt reihum. Der diensthabende Interne ist, abgesehen von den Stunden der Poliklinik und der Visite, der mafsgebende ärztliche Faktor im Krankenhaus. Das Externat, zu dem auch Ausländer zugelassen werden, gestattet den betreffenden Medizinern die Teilnahme an allen ärztlichen Verrichtungen, aber unter der Aufsicht der Internen.

All die bisher erwähnten Stellen, ebenso die des Médecin des hôpitaux

und Professeur agrégé, etwa unseren Titeln Oberarzt und Privatdozent entsprechend, müssen durch einen Concours erworben werden, wobei Rücksichtnahme auf verwandtschaftliche Beziehungen völlig ausgeschlossen ist, da in der Jury kein irgendwie mit einem der Bewerber Verwandter sitzen darf. Nur die ordentlichen Professoren gehen durch Wahl seitens des Professorenkollegiums aus der Zahl der Agrégés hervor.

Bemerkenswert ist noch, dafs alljährlich im Januar sämtliche Assistenten und Externe die Abteilungen wechseln, nicht nur eines Krankenhauses, sondern auch die Krankenhäuser selbst. Die Folge davon ist eine aufserordentliche Vielseitigkeit, die im Verein mit der durch die streng gehandhabten anatomischen und physiologischen Kurse erworbenen Ausbildung — bei denen sechsmaliges unentschuldigtes Fehlen zur zwangsweisen Aufgabe des Studiums genügt — dem französischen Mediziner eine hervorragende Tüchtigkeit verleiht.

Was den ausländischen Ärzten am Hospital Saint-Louis am meisten auffällt, das sind ohne Frage die endlosen Scharen der Hautkranken, die tagaus tagein im Sommer wie im Winter die Consultations frequentieren.

Schon im Anfang dieses Jahrhunderts erreichte die Ziffer der in Saint-Louis behandelten Kranken eine beträchtliche Höhe, es waren durchschnittlich 600 bis 700 Patienten im Hause, die Zahl der klinisch Aufgenommenen belief sich z. B. 1807 auf ca. 5000. Vergleichen wir damit die Jahre 1893 und 1897, so finden wir eine Totalsumme der Verpflegten von 8756 bezw. 12838, also eine grofse Zunahme.

Enorm sind nun aber die Ziffern der ambulatorische Behandlung findenden Kranken. Wenn man bedenkt, dafs sich hier morgens 250—500 und nachmittags 60—100 Patienten einfinden, so kann man es verstehen, dafs im Jahre 1896 die Zahl der poliklinische Hülfe in Saint-Louis Suchenden hinter 100000 nicht weit zurückgeblieben ist, während sich dieselbe im Jahre 1897 auf die schwindelnde Höhe von 113910 Personen gehoben hat. Für den fremden Arzt, der an solche enormen Krankenmengen nicht gewöhnt ist, besonders für den Deutschen, in dessen Universitätsstädten manche Poliklinik dermatologischen Charakters unter mangelhaftem Besuch leidet, bildet das Leben und Treiben dieser Hunderte von geduldig Harrenden eine Fülle der mannigfaltigsten Beobachtungen, ganz abgesehen vom ärztlichen Interesse.

Das Krankenmaterial setzt sich besonders im männlichen Teil aus den niedrigsten Schichten der Bevölkerung zusammen.

Eine grofse Tafel trennt das Untersuchungszimmer in zwei Hälften. An einer Breitseite derselben sitzen die Externen, die die Rezepte aufschreiben, die roten, blauen oder gelben Bons für die verschiedenen Bäder oder Räucherungen austeilen, die die untersuchenden Ärzte ordinieren. An beiden Schmalseiten des Tisches haben letztere Platz genommen, meist

der Abteilungschef und sein Assistent. Um sie und ihre Externen gruppieren sich nun im weiten Bogen dicht gedrängt die Reihen der ausländischen Ärzte. Wenn man diese hier dermatologischen Studien obliegenden Kollegen aus dem Ausland betrachtet, wenn man die Ausländer unter den Kranken ins Auge faſst, wenn man an das herrliche Museum und die Reihe hervorragenden Meister der Dermatologie denkt, die seit Jahrzehnten an diesem Hospital gelehrt haben, dann sieht man im Geiste wirklich die Worte vor seinen Augen, die ALIBERT über die Pforten von Saint-Louis schreiben lassen wollte: Urbi et orbi.

Sind die Ärzte versammelt, so beginnt der Einlaſs der Kranken in das Untersuchungszimmer. Die Ordnung hält ein Pfleger aufrecht, eine lupöse Pflegerin geht den Ärzten zur Hand. Zuerst werden gewöhnlich die Kinder vorgenommen, diesen folgen die Weiber, dann die Männer. Der Einlaſs aus dem von Menschen wimmelnden Wartesaal, wo alles auf langen Bänken sitzt, geschieht bankweise, ungefähr 15—25 Personen auf einmal. Es entwickelt sich bald bei dem lebhaften Naturell der Franzosen ein Durcheinander von Personen, das dem Fremdling zuerst hinderlich für die wissenschaftliche Untersuchung des Einzelnen zu sein scheint. Aber trotzdem wickelt sich dieselbe in wunderbarer Ruhe ab.

Die einzelnen interessanten Fälle, deren man ja dort in Saint-Louis in einer Woche mehr sehen kann als in der Praxis in Jahren, und die in stationäre Behandlung aufgenommen werden, pflegen die die Untersuchung leitenden Ärzte den Studenten und fremden Kollegen aufs liebenswürdigste und, wenn die Zeit ausreicht, aufs detaillierteste zu demonstrieren. Dafür geht es bei den Schulfällen um so schneller. Il a la gâle! Donnez-lui donc un bon pour la frotte! oder Elle a la vérole — Pilules de Dupuytren kann man wohl 50 mal des Tages hören, und lautlos verschwindet Männlein und Weiblein mit dem betreffenden Bon oder Rezept unter den anderen, die noch der Untersuchung harren. Die Untersuchung findet in ausgezeichnet vollkommener Weise statt. Alle Patienten müssen sich möglichst ausreichend entkleiden, ohne daſs bei den weiblichen Kranken die Decenz im geringsten verletzt würde. Die Beleuchtung der Räume ist eine genügend helle, und so entgeht auch nicht die kleinste Finesse, keine Elementarläsion dem geübten Auge des Untersuchenden. Hinter einem besonderen Verschlage werden die nötigen Genitalexplorationen der Weiber vorgenommen.

Dem deutschen Arzt fällt in den ersten Tagen das Verständnis der französischen, von der unseren doch sehr verschiedenen Nomenklatur etwas schwer, doch gewöhnt man sich ziemlich schnell daran. Man staunt wohl zuerst bei der Bezeichnung Prurigo pédiculaire für eine einfache Pediculosis oder Lichen simple aiguë für Eccema papulatum KAPOSIS und Kératose pilaire für den von der Wiener Schule allerdings mit Unrecht so genannten

Lichen pilaris, Pityriasis rosé für Herpes tonsurans maculosus der Wiener Schule u. a. m. Beim Erscheinen einer Pityriasis rubra pilaris fallen einem unwillkürlich die heftigen Kontroversen zwischen Besnier und Kaposi über diese Krankheit ein; bei dem Vorkommen von Tuberkuliden erinnert man sich an die lebhaften Debatten zwischen Darier, Hallopeau einerseits und Brocq andererseits. Kurz, der Dermatologe empfängt unausgesetzt lebhaft Eindrücke.

Auffallend ist das überaus häufige Vorkommen trichophytischer Erkrankungen und das epidemische Auftreten der Pelade (Alopecia areata). Dafs für diese Erkrankungen besondere Gebäude errichtet werden mufsten, erwähnten wir schon an anderer Stelle. Sehr lohnend ist es in dieser Hinsicht, einer durch Sabouraud abgehaltenen Konsultationsstunde beizuwohnen. Ein grofses Kontingent stellen ferner die Krätze, alle Arten von Ekzemen und Seborrhoe, die luetischen Exantheme, Favus, Lupus, Erytheme und Epitheliome. In reicher Auswahl erblickt man aufserdem schöne Exemplare von Lichen ruber planus und acuminatus, Pityriasis rubra pilaris, Lepra, von der im ersten Halbjahr 1897 10 Fälle aufgenommen wurden, Hauttuberkulose und die bekannten Tuberkulide, die jetzt en vogue sind. Die in Wien so häufig anzutreffenden Krankheiten wie Rhinosklerom und Prurigo Hebra sind in Paris seltener, und nur ab und zu trifft man von ihnen einen Fall auf den Stationen.

Man mufs bedenken, dafs es sich bei diesen hohen Krankenziffern ausschliefslich um Erkrankungen der Haut handelt, syphilitische Exantheme natürlich einbegriffen, dafs dagegen eine Blennorrhoe nur ganz vereinzelt auftaucht. Das sind dann Ausländer, die im medizinischen Paris noch nicht genügend orientiert sind. Den Blennorrhoikern stehen andere Krankenhäuser zur Verfügung.

Ich nenne hier zuerst das für Männer bestimmte Hôpital Ricord oder du midi, an dem Ricord, der grofse Vorgänger in der Professur seines grofsen Nachfolgers Alfred Fournier in segensreicher Weise gewirkt hat. Dieses Spital mit ca. 350 Betten ist für Blennorrhoe und Lues reserviert, seine Polikliniken weisen auch eine starke Frequenz von 150—250 Kranken pro Tag auf.

Die wohlgelungene Statue des Meisters, dem die bekannte Untersuchungsschürze nicht fehlt, steht vor den Pforten dieses Hauses.

Für weibliche Kranke entspricht diesem Spital das etwas kleinere Hôpital de Lourcine, die Wirkungsstätte des bekannten Brocq, eines der führenden Geister auf dermatologischem Gebiet in Frankreich, der, ein Schüler Vidals, auch durch ein exakt und klar geschriebenes, alphabetisch geordnetes Lehrbuch der Hautkrankheiten, dessen Lektüre den deutschen Kollegen sehr zu empfehlen ist, sich Verdienste erworben hat.

Eine grofse Bedeutung besitzt ferner noch das Gefängniskrankenhaus,

das Hôpital Saint-Lazare mit 3 Abteilungen für Geschlechtskrankheiten. Hier werden u. a. die kranken Prostituierten behandelt.

Im allgemeinen ist die französische Therapie von der unsrigen nicht so verschieden, dafs man besonders darüber zu berichten nötig hätte. Es macht den Eindruck, als ob eine gewisse Polypragmasie eins ihrer Merkmale sei. Bei der Untersuchung spielt übrigens die vielgeschmähte Lupe eine Hauptrolle. Von besonderem Interesse schien mir die Behandlung der Scabies zu sein, ferner die Anwendung von Stärkemehlbädern, Leinmehlbädern u. s. w. bei gewissen chronischen Dermatosen, wie Ichthyosis und chronischen Ekzemen. Die Heilung der Krätze erfolgt in Saint-Louis ambulatorisch in $1^1/_2$ Stunde. Nachdem der Kranke seinen Bon empfangen hat, begiebt er sich zur Vornahme der „Frotte" in den Baderaum. Das erste Stadium der Behandlung besteht in halbstündigem Einreiben von grüner Seife durch den Wärter, das zweite in einem Bade von gleichlanger Dauer, während sich der Patient gleichzeitig im Wasser weiter mit grüner Seife einreibt. Die dritte halbe Stunde, nach dem Verlassen des Bades, wird mit der Einreibung einer Schwefelkaliumsalbe verbracht, der durch HARDY modifizierten HELMERICHschen Salbe von folgender Formel:

℞	*Flor. sulfur.*	2,0
	Kal. carbon.	1,0
	Axung.	12,0

Die ursprüngliche HELMERICHsche Formel lautete:

℞	*Sulfur. sublimat.*	10,0
	Kal. carbonic.	
	Aq. destill.	
	Ol. amygdal. dulc.	à 5,0
	Axung.	35,0

Die Salbe wird nun 24 Stunden auf dem Körper gelassen, dessen Haut durch Bäder und Einseifungen erweicht worden ist, um die Einwirkung des Schwefels auf die Milben zu ermöglichen.

Nachdem während der anderthalbstündigen Kur die Kleider des Patienten einer gründlichen „Fumigation" unterzogen worden sind, verläfst der Kranke stolz ob der schnellen Prozedur erhobenen Hauptes das segenstiftende Haus. Die Frotte soll 98 % Heilungen aufweisen, in ihrem Gefolge pflegen aber auch Ekzeme und Dermatitiden sich einzustellen. — Also die Kehrseite der Medaille!

Was die so höchst interessante Frage der Ätiologie und Therapie der in der französischen Militär- und Civilbevölkerung so sehr grassierenden Alopecia areata und der trichophytischen Erkrankungen besonders der Kopfhaut betrifft, — oft symptomatologisch ähnlicher Leiden infolge ganz verschiedener Noxen, deren Differenzierung früher oft nicht geschah, — so verweise ich auf die diesbezüglichen Pariser Briefe von BECK-Budapest.

Noch ein Wort über die Behandlung der Syphilis in Saint-Louis. Dafs die Luetischen, soweit sie sich in stationärer Behandlung befinden, des Traitement successif ou chronique intermittent teilhaftig werden, das versteht sich beinahe von selbst in einem Krankenhause, wo der Forscher lehrt, dem wir diese neue, weitschauende Behandlungsmethode verdanken. Man mufs aber staunen, wie häufig dagegen in der poliklinischen Medikation — das Jodure de potassium und die tertiäre Lues bleiben aufser Betracht — noch die innerliche Behandlung der Syphilitiker in Schwung ist. Dafs die Ricordschen Pillen eine grofse Rolle spielen, ist verständlich. Daneben behaupten sich der Liqueur de von Swieten (Sublimat 1,0, 90% Alkohol 100,0, Aqua destillata 900,0) und die Pilules Dupuytren (Sublimat 0,01 mit 2 Centigramm Opiumextrakt und 4 Centigramm Guajacextrakt pro Pille) immer noch, ebenso der bekannte Sirop de Gibert (10 Gramm Jodkalium und 20 Centigramm Hydrargyrum bijodatum zu 500 Gramm Sirup).

Die in Wien z. B. und Berlin so aufserordentlich häufig angewendeten Injektionskuren, die geradezu die ideale Behandlungsweise für eine ambulatorische Behandlung syphilitischer Affektionen darstellen, finden hier auffällig geringe Verwendung. Ich selbst habe bei ca. 15000 poliklinischen Fällen niemals eine subcutane oder intramuskuläre Einverleibung von Merkur gesehen.

(Schlufs folgt.)

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 11. Februar (30. Januar) 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

Pospelow erwähnt zunächst, dafs sich die in der vorigen Sitzung vorgestellte Patientin mit **Elephantiasis** unter den Kalomelinjektionen weiter gebessert habe.

1. Glawsche spricht über die **Kalomelbehandlung bei Tuberculosis cutis** und stellt einen Fall von Tuberculosis cutis vor, wo er Kalomelinjektionen angewandt hat. Es handelt sich um eine 40jährige Frau, bei welcher sich auf der rechten Wange und dem linken Vorderarm ein tuberkulöser Prozefs findet, der in mancher Hinsicht an die von Gaucher in der Litteratur beschriebenen Fälle von Folliculitis et Perifolliculitis agminées erinnert. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines Hautstückchens fand man keine Tuberkelbacillen, wohl aber Riesenzellen und kleinzellige Infiltration. Therapeutisch wurden der Patientin 7 subcutane Injektionen von Kalomel zu 0,05 pro dosi gemacht, ohne dafs sich aber ein Erfolg konstatieren liefs. Auch in einem Falle von Lupus vulgaris konnte Glawsche durch Kalomel keine Besserung erzielen.

Tschernogubow hat mehrere Fälle von Folliculitis conglomerée beobachtet, aber bei keinem Tuberkelbacillen, sondern nur Streptokokken gefunden. Der vorgestellte Fall scheint ihm jedoch wenig Ähnlichkeit mit einer Folliculitis conglomerée zu haben. — Pospelow deutet den betreffenden Fall als follikuläre Tuberkulose, wie sie von Hallopeau beschrieben worden ist.

2. Glawsche stellt im Namen Nikulins einen Fall von **Pemphigus repens** vor, bei dem an der Peripherie schon verheilter Blasen neue aufschiefsen.

3. Tschernogubow spricht über **Orthoform bei der subcutanen Behandlung der Syphilis.** Nachdem Tschernogubow zunächst über einige Versuche mit lokaler Anwendung des Orthoforms bei juckendem Ekzem und bei Ulcus molle gesprochen hat, wo sich dasselbe zwar als Anästheticum bewährte, aber den Prozefs selbst entweder unbeeinflufst liefs oder durch Erzeugung eines medizinalen Erythems gelegentlich verschlimmerte, geht er zu seinem eigentlichen Thema über. Er hat das Orthoform als Zusatz zum Hydr. oxyd. flavum benutzt und zwar in der Dosis von ½ bis 1 gran zu jeder subcutanen Injektion, wobei er aber bemerken mufs, dafs das Orthoform direkt vor dem Gebrauch diesem Quecksilberpräparat hinzugefügt werden mufs, da sich event. das gelbe Quecksilber in ein braunes umwandelt. Auf Grund von 88 subcutanen Injektionen bei 29 Personen konnte sich Tschernogubow davon überzeugen, dafs in der Majorität der Fälle die Schmerzhaftigkeit durch die Einspritzung entweder bedeutend geringer als sonst war oder sogar ganz fehlte und dafs ferner sich die Schwellung nach den Einspritzungen bedeutend schneller verlor, so dafs Tschernogubow das Orthoform als ein wertvolles Präparat für die Dermatologie ansieht. Es wurden mehrere Patientinnen demonstriert, denen derartige Injektionen gemacht worden waren. — Shiwult erkundigt sich, ob auch das Orthoform bei Sublimatinjektionen benutzt worden ist. — Tschernogubow verneint es, weil sich das Orthoform schwer im Sublimat löst und weil man für die Sublimatinjektionen im Kokain ein zufriedenstellendes Anästheticum hat.

4. Tschlenow als Gast spricht über **die Veränderung der Alkalescenz des Blutes bei einigen Hautkrankheiten.** Er fand, dafs die Alkalescenz bei Favus, Alopecia areata, Herpes tonsurans, Lupus vulgaris und Lupus erythematodes unverändert bleibt, dagegen aber bei Psoriasis vulg., Erythema multiforme, Elephantiasis, Erythrodermien, Atrophia cutis, Lichen ruber acuminatus und Purpura haemorrhagica herabgesetzt ist. Ferner fand er, dafs Arsenikgebrauch auf die Alkalescenz des Blutes keinen Einfluss hat.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 13. Januar 1898.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Hereditäre Syphilis und Hysterie. Herr Fournier stellt einen 23jährigen, von syphilitischen Eltern abstammenden Patienten vor. 12 Geschwister (von 14) sind an Eklampsie oder sonst in den ersten Tagen nach der Geburt gestorben. Der Patient zeigt eine ganze Reihe heredosyphilitischer Stigmata: Entwickelungshemmung (er hat erst mit 5 Jahren sprechen und gehen gelernt); Gesichtsasymmetrie; Hutchinsonschen Symptomenkomplex; Exostosen an den Beinen und Ellenbogen; epileptische Anfälle vom 6. bis zum 15. Jahre, Verfolgungs- und religiösen Wahn. Die hysterischen Symptome bestanden in folgenden Erscheinungen: Globus hystericus, rechtsseitige Hemianästhesie, beiderseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes, hysterische Punkte. — Es handelt sich also um eine bei einem hereditär Syphilitischen aufgetretene Hysterie. Die Lues vererbt sich auf zweierlei Weise: 1. Es besteht eine reine Lues, und ihre

Erscheinungen stimmen mit denen der acquirierten Syphilis vollständig überein; 2. die Lues wirkt derartig auf die Nachkommenschaft, dafs diese mit Entartungserscheinungen behaftet ist: Dystrophien, Zwergwuchs, Riesenwuchs, Mifsbildungen; unter diesen Umständen kann das Individuum eine frische Syphilis acquirieren. Beiderlei Arten der Vererbung können, wie in unserem Falle, bei demselben Individuum angetroffen werden.

Herr Du Castel fragt, ob denn eigentlich die durch die hereditäre Lues erzeugte fehlerhafte Beanlagung einen spezifischen Charakter an sich trage, wodurch sie sich von andersartigen Degenerationszuständen unterscheiden müfste. — Herr Fournier erwidert hierauf, dafs durch die Lues wie durch die Tuberkulose und den Alkoholismus pathologische Veranlagungen verursacht werden, die in vielfacher Beziehung unter sich übereinstimmen; bei der Lues lassen sich jedoch meist Besonderheiten konstatieren, welche ihren spezifischen Ursprung auf den ersten Blick erkennen lassen; entschieden wäre jedoch diese Frage noch keineswegs. — Herr Besnier: Aus dieser Diskussion geht hervor, dafs unter den bei der hereditären Lues konstatierten Erscheinungen einige einen spezifischen Charakter tragen, andere hingegen mit denen bei verschiedenen anderen Degenerationszuständen übereinstimmen. Eine Grenze zwischen diesen beiden Gruppen von Erscheinungen besteht nicht und zwischen ihnen giebt es eine ganze Reihe von Zwischenstufen unbestimmter Natur.

Pityriasis rubra pilaris. Herr Leredde: Man sieht bei dem Patienten auf dem Rumpfe, dem Halse und dem Haarboden scharfbegrenzte Plaques, deren Oberfläche wie mit Kalk überzogen aussieht; Schuppenbildung ist nicht zu bemerken, dagegen sind die Hautfurchen schärfer ausgeprägt. Auf dem Rumpfe sieht man aufserdem durch die Follikel gebildete Erhabenheiten, von denen einige auf ihrer Spitze harte, weifse Auflagerungen tragen. Haare und Nägel sind unverändert. Die Dorsalflächen der Phalangen und die Ulnarseiten der Vorderarme sind unverändert. Auf den Handtellern und Fufssohlen konstatiert man Rötung, leichte Hyperkeratose und stärkeres Ausgeprägtsein der Hautfurchen.

Neurofibromatose. Herren Leredde und Bertherand: Wie in allen Fällen dieser Art konstatiert man in dem unsrigen auf der Haut aufserordentlich zahlreiche Pigmentflecke und über den ganzen Rumpf und die Extremitäten zerstreut rundliche Tumoren ohne besondere Färbung (Neurofibrome). Aufserdem konstatiert man diffuse Pigmentationen im Gesichte, am Halse u. s. w. Der Patient ist klein, schwächlich, geistig wenig entwickelt und psychisch sehr empfindlich. Die übrigen Familienmitglieder sind frei von jeder derartigen Affektion.

Bemerkung über 18 Fälle von eruptiven Erscheinungen nach Gebrauch einer paraphenylendiaminchlorhydrathaltigen Haartinktur. Herr Cathélineau: Diese Fälle wurden innerhalb 3 Jahren auf der Abteilung von Prof. Fournier beobachtet. Bei allen konstatierte man Jucken, das zuweilen so heftig war, dafs jeder Schlaf unmöglich wurde, Ödem der Lider, Stechen in den Augen, Rötung der Conjunctiven. Die Eruption selbst zeigte verschiedene Intensitätsgrade und variierte vom einfachen Erytheme an der Applikationsstelle der Tinktur bis zur Dermatitis, die sich über Gesicht, Hals, Arme und Beine ausbreitete. An verschiedenen Stellen sah man auf den erythematösen Plaques weifsliche Bläschen und Borken. 11 mal trat die Eruption gleich nach der ersten Applikation auf, 6 mal nach einigen Wochen und 1 mal nach 8 Monaten. Das Paraphenylendiaminchlorhydrat erzeugt beim Kontakte der Luft oder von oxydierenden Substanzen Chinon, welches bei gewöhnlicher Temperatur reizende Dämpfe bildet, die zur Entstehung der beschriebenen Eruptionen führen.

Kontinuierliche suppurative Akrodermatitis. Sekundäre purulente Infektion. Impetigo herpetiformis. Herr HALLOPEAU: Die disseminierten Schübe, die im Verlaufe von Akrodermatitiden auftreten, können einen chronischen Charakter und einen eigenartigen Verlauf annehmen. Sie sind in multiplen Herden verbreitet und ihre Elemente bestehen aus miliaren Pusteln, die rasch abtrocknen und sich in bald abfallende Borken verwandeln. Im Bereiche dieser oft gewaltige Dimensionen annehmenden Plaques sieht man vielgestaltige purulente Infiltrationen von der einfachen Pustel bis zu beträchtlichen Epidermisabhebungen, die sich vielfach kombinieren und durchkreuzen, wodurch die seltsamsten Figuren entstehen. Um diese Bezirke herum liegen zahlreiche ähnliche Elemente zerstreut und bilden die Angriffszone. Die Schleimhaut des Mundes und wahrscheinlich des ganzen Darmes sind ergriffen. Membranen, Granulationen oder Narben sieht man nirgends, und die Affektion kann verschwinden, ohne Spuren zu hinterlassen; sie verläuft in unaufhörlichen Schüben und mit Fieber. Sie hat viele Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis Hebrae. Bevor der spezifische Mikroorganismus, der wahrscheinlich zu den Staphylokokken gehört, entdeckt ist, kann man die Affektion purulente Infektion der Haut nennen.

Über eine akute bullöse Dermatitis. Herren HALLOPEAU und LEVY: Der von uns beobachtete Fall zeichnet sich aus durch seine kurze Dauer und seinen entschieden entzündlichen Charakter, der sich aus dem Fibringehalt des Exsudates und die nachträgliche Bildung von Wucherungen, das Auftreten von ähnlichen Blasen an Stellen, wo Schröpfköpfe appliziert worden waren, auszeichnete; die letztere Entstehungsweise kommt entweder durch eine abnorme Reaktionsweise der Vasomotoren oder durch Anziehung von Bluttoxinen zu stande. Eosinophile Zellen fehlen, und es handelte sich weder um ein polymorphes Erythem noch um eine Dermatitis herpetiformis.

Weitere Bemerkung über einen Fall von Mykosis fungoides. Herr HALLOPEAU: Die von LEREDDE und LAFFITE vorgenommene histologische Untersuchung bestätigt unsere in einem früher vorgestellten Falle gemachte Diagnose; es handelte sich um einen abnormen Fall. Mikroskopisch konstatierte man im Bindegewebe das Vorhandensein eines Netzwerkes, dessen Maschen gewöhnlich gröber waren als bei der Mykosis; Plasmazellen waren nur wenige vorhanden. Dieser Befund beweist, wie polymorph die Affektion in histologischer und klinischer Beziehung ist.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 26. Mai 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Juli 1897.)

Dr. R. CROCKER demonstriert **zwei Fälle von Lepra**, die seit 1½ Jahren mit intramuskulären Sublimatinjektionen behandelt worden sind und eine bemerkenswerte Besserung zeigen.

Dr. STOWERS zeigt 1. eine Frau mit **Tinea unguium** an den Fingernägeln. Die Affektion besteht seit 17 Jahren. Die mikroskopische Untersuchung hat den Trichophytonpilz ergeben; 2. ein 7jähriges Mädchen mit ausgesprochener **kongenitaler Xerodermia** der Haut des Stammes und der Extremitäten; 3. ein 10jähriges Mädchen mit **traumatischer Alopecia** der ganzen Kopfhaut im Anschlufs an eine Schädelfraktur.

Sitzung vom 30. Juni 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* August 1897.)

Dr. ABRAHAM stellt ein 6jähriges Mädchen vor mit ausgedehntem **multiplen Lupus.** Die Patientin zeigt seit einem Jahr eine grofse Zahl von Flecken im Gesicht, am Rumpf und an den Beinen. Die Effloreszenzen sind einzelnstehend, erhaben, von weicher Konsistenz, gelblich braunem, transparenten Aussehen. Phthisische Belastung liegt nicht vor. Die inneren Organe sind noch nicht untersucht worden; aber das Kind scheine in der letzten Zeit in der Ernährung stark heruntergekommen zu sein.

Dr. PAYNE: Da die Maxillar- und Axillardrüsen vergröfsert sind, da eine Vergröfserung eines Fingergelenkes vorliege, welche entweder an syphilitische oder sogenannte strumöse Daktylitis erinnere, da ferner aus der Anamnese festgestellt werden konnte, dafs die Mutter vor der Geburt des gegenwärtigen Kindes drei aufeinanderfolgende Aborte gehabt habe, so glaube er, dafs eine weitere eingehende Untersuchung notwendig sei, um festzustellen, ob nicht hereditäre Syphilis vorliege.

Dr. SAVILL demonstriert ein 18jähriges Mädchen mit einem Ausschlage, den der Vortragende als einen **Fall von seborrhoischer Dermatitis** ansieht, während Dr. PAYNE geneigt ist, den Zustand als Psoriasis zu bezeichnen. Der Fall gehöre zu jenen Fällen, die man bis in die jüngste Zeit hinein „Psoriasis" genannt habe, bis UNNA sie als eine Form von Seborrhoe reklamiert habe. Die Patientin scheine Rheumatismus gehabt zu haben und auch jetzt an einer chronischen Osteo-Arthritis der Handgelenke zu leiden. Es sei eine sehr alte Beobachtung, dafs Psoriasis sich mit Osteo-Arthritis vergesellschafte. Die französischen Dermatologen nehmen eine chronische Erkrankung der Gelenke in Verbindung besonders mit Psoriasis an. — Herr M. PERNET stimmt bezüglich der Diagnose ebenfalls Dr. SAVILL nicht bei. Alles deute auf eine gewöhnliche Psoriasis bei einem seborrhoischen Individuum hin.

Dr. RYAN stellt eine Frau vor mit einer **durch X-Strahlen hervorgerufenen Dermatitis.** Die Exposition geschah vor einem Monate und verursachte der Patientin erhebliche Schmerzen. Gegenwärtig bemerkt man eine genau begrenzte Pigmentation und Schwellung. — Dr. ABRAHAM sagt, es interessiere ihn besonders zu sehen, dafs auf der Haut der befallenen Teile noch einige Haare stehen geblieben seien. Er habe jüngst die X-Strahlen angewendet, um Haare zu entfernen. Der Beweis stehe übrigens noch aus, dafs diese Strahlen irgend eine selektive Wirkung auf besondere Strukturen in der Haut ausüben. — Herr PERNET: In Wien ist der Versuch gemacht worden, einen Naevus pilosus mit X-Strahlen zu enthaaren. Das Resultat war ein gänzlich negatives.

Sitzung vom 27. Oktober 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Dezember 1897.)

Herr W. T. FREEMAN stellt eine junge Frau mit zwei kleinen **Plaques auf der Stirn** vor, von denen der eine 16, der andere 12 Jahre besteht. Beide sind langsam peripherisch gewachsen, mit centraler oberflächlicher, atrophischer Narbenbildung. Die Diagnose der Affektion sei unsicher. Er halte sie für lupöser Natur. — Herr PERNET sieht den Fall als ein ungewöhnliches Ulcus rodens an und rät zur Excision. Dem widersprechen die Herren STOWERS und EDDOWES. Letzterer empfiehlt, ehe man zu einem operativen Eingriffe schreite, eine energische antisyphilitische Kur mit Jodkalium zu versuchen.

Dr. ABRAHAM stellt einen 45jährigen, korpulenten Mann vor mit **Xanthoma diabeticorum.** Derselbe zeigt zahlreiche, diskrete, hirsekorngrofse, rötliche Papeln

mit gelblichem Centrum. Am dichtesten sieht man sie an den Beugeflächen der Arme, besonders am Ellenbogengelenk, sonst sind sie über den ganzen Körper zerstreut. Die Untersuchung des Urins ergiebt 6% Zucker und ein spezifisches Gewicht von 1035. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist nicht gestört. Vortragender bespricht die Differentialdiagnose zwischen Xanthoma diabeticorum und Xanthoma vulgare. Letzterer tritt hauptsächlich im Gesicht und an den Augenlidern auf, verursache keinerlei subjektive Symptome, während das Xanthoma diabeticorum, wie im vorliegenden Falle, zuweilen von Jucken und Brennen begleitet sei. Das Xanthoma vulgare persistiere zeitlebens, während das diabetische spontane Involution eingehen kann. Aufser diesen klinischen seien auch anatomische Unterschiede zwischen beiden Affektionen vorhanden.

Dr. Savill stellt 1. eine 27jährige Frau vor mit einer exquisiten **Urticaria factitia.** Der Zustand belästigt die überdies sehr nervöse Patientin aufserordentlich, weil die Quaddeln, die sich auf Druck auf die Haut entwickeln, beim Entstehen Brennen und Jucken verursachen. Die Affektion besteht seit fünf Jahren und ist nach den Angaben der Patientin im Anschlufs an ein allgemeines mit Schmerzen in den Beinen, Appetitlosigkeit und Mattigkeit einhergehendes Unwohlsein entstanden. Die Patientin erhält grofse Dosen von Calciumchlorid, weil dasselbe die Koagulabilität des Blutes vermehrt, und scheint, was das Allgemeinbefinden sowohl wie die Hautkrankheit betrifft, eine merkliche Besserung zu fühlen. — 2. einen 27jährigen Mann mit **Bromakne.**

Dr. Eddowes demonstriert unter anderen einen Fall von **Lichen simplex verrucosus** an den Beinen. Er habe mit Unnas Quecksilberpflaster deutliche, aber zu langsam fortschreitende Besserung erzielt. — Herr Pernet würde den Zustand als Lichen planus verrucosus und Dr. Abraham als Lichen planus hypertrophicus ansehen. Letzterer fragt, ob Dr. Eddowes die Beseitigung der Affektion mit Arsenik versucht habe. Dr. Eddowes erwidert, dafs ein anderer Arzt ohne Erfolg Arsenik angewendet habe. Arsenik gehöre zu den trügerischsten Medikamenten, mit denen er es zu thun gehabt habe. Er brauche es deshalb jetzt selten. *C. Berliner-Aachen.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juli 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* August 1897.)

Dr. Cavafy stellt ein 22jähriges Mädchen mit **Lupus erythematosus disseminatus** vor, der im 15. Lebensjahre der Patientin an den Fingern ausbrach und besonders nach einer intensiven mit Fieber, entzündlicher Röte und Schwellung des Gesichts und der Ohren verbundenen Attacke rasch an Ausdehnung zunahm. Der Fall ist interessant 1. wegen des frühzeitigen Beginns, 2. der Multiplizität und der Dissemination der Efflorescenzen, 3. des akuten Ausbruchs vor vier Jahren. Der Lupus erythematosus disseminatus ist eine seltene Affektion, die nach Kaposi in der Hälfte der Fälle letal endet.

Dr. Galloway demonstriert einen Fall von **Lupus erythematosus,** bei dem auf einigen nahezu abgeheilten Efflorescenzen ein pemphigoider Ausschlag sich entwickelte. In der Litteratur findet man Fälle beschrieben, bei denen gelegentlich Bläschen, zuweilen mit hämorrhagischem Inhalte aufgetreten sind.

Dr. Masson demonstriert einen Fall von **Guineawurm** im subcutanen Bindegewebe des linken Knöchels und der linken Wade sitzend.

Dr. M. Morris berichtet über die **Behandlung dreier Lupusfälle mit Kochs Neutuberkulin.** Die Anfangsdosis betrug $^1/_{100}$ mg der festen Substanz, die höchste

Dosis betrug 10 mg. Eine Reaktion mit Fieber fehlte fast ganz. In allen Fällen war die Besserung eine auffallende, besonders bei Lupus exulcerans. Zuerst zeigte sich Verminderung der umgebenden Röte, dann Schrumpfen der Knötchen, drittens Heilung der Ulceration, viertens Verminderung der Verdickung und Erweichen der Lupusnarbe. In keinem Falle ist eine Verschlechterung zu verzeichnen gewesen. Die Resultate ermuntern zur Fortsetzung der Behandlung und zu Versuchen an anderen Fällen.

Dr. R. Crocker stellt einen Patienten mit **Lupus** vor, der ebenfalls mit Neutuberkulin behandelt wurde. Die bisher erzielte Wirkung ist eine sehr zufriedenstellende, die allgemeine Reaktion eine sehr schwache, den Patienten wenig belästigende gewesen.

Dr. Pringle demonstriert unter anderen einen Fall von **Pemphigus foliaceus** bei einer 26jährigen Frau. Ferner einen Fall von **syphilitischer Keratosis plantaris**. Die 53jährige Frau ist energisch mit Quecksilber und Jodkalium behandelt worden, ohne dafs sich der Zustand wesentlich gebessert hätte. Möglich, dafs eine lokale chirurgische Behandlung, beispielsweise Auskratzen, einen besseren Erfolg haben wird.

Sitzung vom 13. Oktober 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* November 1897.)

Herr Carless zeigt einen **Fall zur Diagnose.** Der 27jährige Patient leidet seit 13 Jahren an einer Hautkrankheit, die zuerst an den Streckseiten der Ellenbogen und Kniegelenke auftrat, zeitweilig ohne jegliche Behandlung verschwand, seit zwei Jahren aber stationär geblieben ist. Die Affektion ist charakterisiert durch hier und da zerstreute Papeln und scheibenförmige Plaques vorwiegend an Brust und Rücken In der Mitte des Sternums befanden sich mehrere derartige Plaques mit gelblichen, fettigen, dünnen Schuppen auf einer roten, etwas erhabenen Basis. Unterhalb des Sternums sah man viele linsengrofse Papeln mit dünnen Schuppen. An der Streckseite des linken Ellenbogens waren andere ganz charakteristische Psoriasispapeln. Bei Temperaturwechsel verursachte der Ausschlag mäfsiges Jucken. Der Kopf des Patienten ist bedeckt mit Schuppen. Es frage sich nun, ob man es im vorliegenden Falle mit einem **Eccema seborrhoicum Unna** oder einer **Psoriasis** zu thun habe.

Dr. St. Mackenzie zaudert nicht, den Fall als Psoriasis anzusehen. — Derselben Ansicht ist Dr. Crocker, der den Fall deshalb für besonders interessant hält, weil die Kopfhaut nicht dicke Papeln, sondern eher den diffusen Zustand des Eccema seborrhoicum zeige. — Dr. Pringle betrachtet den Fall als Psoriasis an seborrhoischen Stellen und bei einem seborrhoischen Individuum. Unnas neueste Ansicht in seiner *Histopathologie* unterscheide sich bedeutend von seiner früheren, wenn er jede Psoriasis lediglich als eine Form des seborrhoischen Ekzems ansehe.

Dr. C. Fox demonstriert 1. einen Fall von **lokaler Ichthyosis** bei einem 17jährigen jungen Manne. Der Naevus wurde bei der Geburt des Patienten als Entfärbung der Haut bemerkt. Die Veränderungen beschränken sich genau auf die linke Körperhälfte, ausgenommen das Sternum, wo die Mittellinie ein wenig überschritten wird. Hals, Rumpf, Penis, Scrotum, obere und untere Extremitäten sind dick bedeckt mit pigmentierten, papulösen Erhabenheiten in Streifen und Plaques angeordnet, hier und da konfluierend. Die Haut ist nicht in toto wie bei der Ichthyosis befallen, sondern zwischen den Bändern trifft man gesunde Hautbezirke an. An den Extremitäten erscheinen die Veränderungen in einem früheren Stadium als Entfärbung der Haut. Am Stamme sind die Efflorescenzen papulös, in den Achselhöhlen haben sich diffus-papillomatöse Massen gebildet. Die Verteilung am Rumpf ist zosterartig. Gesicht und Mund ist frei. 2. einen Fall von **chronischer, disseminierter Folliculitis** im

Gesicht, am Hals, Rumpf und Beinen eines 21jährigen jungen Mannes. Die Affektion tritt in umschriebenen Plaques auf. 3. einen Fall von **Urticaria pigmentosa** bei einem 18 Monate alten Kinde. Der Ausschlag wurde zum ersten Male bemerkt, als das Kind 5 Monate alt war.

Dr. Pringle demonstriert 1. einen Fall mit **multiplen, harten, extragenitalen Schankern** an der Lippe und am Septum narium nahe dem Meatus narium. 2. einen Fall von **Trichorrhexis nodosa**, in Salonichi acquiriert. Sehr sorgfältige mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ergab ein vollständig negatives Resultat hinsichtlich des Vorhandenseins von Mikroorganismen.

Sitzung vom 10. November 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Dezember 1897.)

Herr Carless stellt einen Fall von **Aktinomykosis** vor. Der 32jährige Patient bekam vor zwei Monaten eine schmerzhafte Geschwulst unter dem Kinn, gleichzeitig stellten sich Empfindlichkeit im Rachen, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche ein. Der Arzt verordnete eine Medizin und ein Gurgelwasser. Der Rachen wurde bald besser, und die Schwellung unter dem Kinn verschwand fast vollständig. Einen Monat später recidivierte sie und wurde gröfser als zuvor. Gegenwärtig ist sie taubeneigrofs, von dunkelroter Farbe, fühlt sich hart und etwas gespannt an und scheint mit dem Unterkiefer der rechten Seite fest verwachsen zu sein. Die Submaxillardrüse derselben Seite war geschwollen, sodafs der Verdacht aufstieg, dafs man es mit einem Carcinom zu thun habe. Es wurde Jodkalium verordnet. Nach acht Tagen zeigte sich die knotige Geschwulst zum Teil fluktuierend. Der entleerte Eiter wurde mikroskopisch untersucht und zahlreiche aktinomykotische Massen vorgefunden. Die Jodkaliumdosen wurden nunmehr verstärkt, worauf die Geschwulst sich in den nächsten Tagen rapide verkleinerte. Eine lokale Behandlung wurde, abgesehen dafs die Stelle mit Gaze bedeckt wurde, nicht vorgenommen. Aus der Anamnese ist in ätiologischer Beziehung interessant, dafs der Patient, ein Dockarbeiter, beim Umladen von Malz, wie er angiebt, einige Male eine Hand voll Malz in den Mund gesteckt habe. Wenn dies wirklich der Ursprung der Krankheit im vorliegenden Falle ist, so verdient er grofses Interesse. Das Malz kann bei der Temperatur, der es in der Mundhöhle ausgesetzt war, vollständig fähig gewesen sein, jeden anwesenden Organismus zu töten.

Dr. R. Crocker und Herr G. Pernet stellen zwei Fälle von **Lupus vulgaris** vor, die mit **Neutuberkulin** behandelt worden sind. Bei dem einen Patienten, einem 10jährigen Kinde mit ulcerierendem Lupus, trat eine ganz auffallende Besserung unter der Behandlung ein, die jedoch noch nicht beendet ist. Von Nebenwirkungen war Fieber zu verzeichnen. Der andere Patient zeigte nur sehr schwache, im Verhältnis zur langdauernden und kostspieligen Behandlung nicht der Rede werte Besserung. — Dr. Pringle glaubt, dafs sich für die Tuberkulinbehandlung nicht die ganz veralteten, sondern besser die frischen, akuten, selbst ulcerierenden Lupusfälle eigneten.

Dr. C. Fox demonstriert 1. ein 9jähriges Mädchen mit **Hydroa aestivale**, 2. ein Mädchen mit **Angiokeratoma** und gleichzeitig mit **Frostbeulen**. Zur Ätiologie der letzteren bemerkt F., dafs sie als reine Cirkulationsanomalien aufzufassen sind.

Dr. M. Morris demonstriert und beschreibt ausführlich einen **atypischen Fall von Mykosis fungoides.**

Dr. Pringle stellt einen 41jährigen Arbeiter mit einem **harten Schanker des linken Daumens** vor.

Dr. S. West demonstriert einen Fall von **akutem Lupus erythematosus.** Das ganze Gesicht der 23jährigen Patientin ist stark geschwollen, rot und bedeckt mit feinen grauen Schuppen. Die Schwellung erstreckt sich auf den oberen Teil des Halses und auch bis hinter die Ohren. Die Kopfhaut ist ebenfalls ergriffen. Die Peripherie der Schwellung ist durch einen deutlich roten Rand markiert. Die Augenlider sind geschwollen, die Augenbrauen und Augenwimpern ausgefallen. Die Lippen, die Mundschleimhaut, der harte und weiche Gaumen sind gleichfalls in den Krankheitsprozefs mit hineingezogen. An den Hand- und Fingerrücken sieht man einige kleine gerötete Plaques. Der Ausschlag begann vor sieben Monaten im Gesicht und zwar über und zu beiden Seiten der Nase. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band II. Heft 11 und 12.

Die Lehre von den Harngiften in pathologischen Zuständen, von Alfred Gottheiner. Verfasser giebt eine litterarisch-kritische Darstellung der besonders von Bouchard in gröfserem Umfange bearbeiteten Lehre von den Harngiften bei pathologischen Prozessen, eine Lehre, die ihren Ausgangspunkt von der Urämie genommen hat. Dafs der normale Harn toxische Substanzen enthält, steht fest; es gilt zu erforschen, in wieweit bei Krankheitszuständen die Toxicität eine Zunahme erfährt. Bei Fieberharn beträgt die Urotoxie, d. h. die im Harne ausgeschiedene Giftmenge, welche nötig ist, um 1 Kilo Kaninchen zu vergiften, 25, bei normalem Harn 60 (Lépine und Aubert). Die eingehend citierten Arbeiten über die Harne der Infektionskrankheiten und die Versuche, Alkaloide aus ihnen darzustellen, die aus dem Eiweifszerfall oder aus den Stoffwechselprodukten der Bakterien hervorgehen sollen. Verfasser erörtert die Befunde bei den einzelnen Infektionskrankheiten, um dann die nicht infektiösen einer Besprechung zu unterziehen: Nierenkrankheiten, Leberkrankheiten, Herzkrankheiten, Nervenkrankheiten etc. Zum Schlufs wird auch das von Griffith dargestellte „Ekzemin" erwähnt, welches aus dem Harne Ekzemkranker gewonnen ist und eine sehr giftige Base darstellt, an der Injektionsstelle Entzündung, Fieber, Exitus letalis bewirkt. — Zweifellos ist die vorliegende Übersicht über dieses meistens von französischen Forschern, wenn auch nicht immer mit der nötigen Gründlichkeit, bearbeitete Gebiet sehr interessant. Sicherlich steckt in diesen Forschungen ein wertvoller Kern, der vieles Rätselhafte, speziell auch in der Dermatologie, lösen wird, aber das bisherige Ergebnis ist ein sehr bescheidenes. Fest steht eigentlich noch gar nichts. Viel klinisches Material, tüchtige Kenntnis der gesamten Medizin und völliges Beherrschen der Chemie gehören dazu, um den Schleier zu lüften. Wo fände man aber diese alle drei Eigenschaften in genügender Menge vereint! *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 1.

Über die Lokalisation der Porokeratose auf der Mundschleimhaut, von A. Ducrey und E. Respighi, Pisa. Während man die Porokeratose bisher ausschliefslich für eine Erkrankung der Haut hielt, haben D. und R. sie unter vier Fällen auch dreimal auf der Mundschleimhaut beobachtet, und zwar auf der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, der Zunge, des Gaumens, des Zahnfleisches. Die Veränderungen waren hier, abgesehen von den durch den anatomischen Bau der Schleimhäute bedingten Abweichungen, die nämlichen wie auf der Körperhaut, so dafs ihr Aussehen allein zur Stellung der Diagnose genügt, wenn die übrige Haut auch ganz frei ist. Die Dermatose stellte sich bei den beobachteten Patienten in Form kleiner Flecke dar, die stecknadelkopf- bis linsengrofs waren, verschiedene, teils runde, teils ovale u. s. w. Form hatten und opalin aussahen; gegen die gesunde Umgebung waren sie durch einen opaken, etwas erhabenen Rand abgegrenzt. — Die histologische Untersuchung ergab, dafs das Corpus mucosum an den erkrankten Stellen fast durchweg etwas mächtiger entwickelt ist; nur an der Grenze zum Gesunden hin verliert es plötzlich an Dicke und hier gewahrt man auch eine mäfsige kleinzellige Infiltration. — Die Körnerschicht verhält sich ganz unregelmäfsig; bald besteht sie aus mehreren Reihen Zellen, bald nur aus einer, bald auch fehlt sie ganz. — Die Schicht der abgeflachten Zellen ist, stellenweise wenigstens, dicker als im Normalen; die einzelnen Zellen enthalten deutliche und leicht färbbare Kerne. — Der mächtigeren Entwickelung des Rete Malpighii entspricht auch eine stärkere Ausbildung des Papillarkörpers; das Bindegewebe weist hier mäfsig erweiterte Gefäfse auf neben einer deutlichen kleinzelligen Infiltration; beide Veränderungen sind gegen den Rand der Flecke hin am ausgesprochensten. — Die Drüsen waren nicht nennenswert in Mitleidenschaft gezogen. — Die Verfasser stellen eine ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes in Aussicht.

Ein Fall von Keratosis follicularis (Darier sche Krankheit), von John T. Bowen-Boston, U. S. Das Bemerkenswerte an diesem Fall ist, dafs er sich ausschliefslich auf Gesicht und Hände beschränkte, ein Verhalten, wie es bisher noch nicht beobachtet ist und das auch, obschon die Dermatose typisch war, die Diagnose derart erschwerte, dafs der Verfasser erst nach der mikroskopischen Untersuchung seiner Sache sicher war. Im übrigen hält B. an seiner schon früher ausgesprochenen Ansicht fest, dafs das Wesen der Krankheit in einer Störung der Keratinisation der Epidermiszellen — Hyperkeratose, daneben auch Parakeratose — bestehe. Die parasitäre Natur der von Darier früher beschriebenen Coccidien erscheint ihm mehr als je zweifelhaft. — Der dieser Arbeit zu Grunde liegende Fall betraf eine 33jährige Frau ohne Vorgeschichte; durch keratolytische Salben (Acidum salicylicum, Resorcin, Schwefel) wurde Besserung erzielt.

Über die Wirkung von Kalomeleinspritzungen bei Lupus und anderen nicht syphilitischen Hautleiden, von Asselbergs-Brüssel. A. hat unter 25 Fällen von Lupus 23mal mit Kalomeleinspritzungen einen Erfolg erzielt; der Lupus wurde teils ganz zum Schwinden gebracht, teils mehr oder minder merklich verkleinert. Eingespritzt wurden, anfangs von 10 zu 10 Tagen, später in längeren Zwischenräumen, je 0,05 Kalomel. Die günstige Einwirkung ist während der ersten Zeit am deutlichsten: neigt der Zustand nach der fünfzehnten Einspritzung nicht zur Heilung, so darf man im allgemeinen auf weiteren günstigen Erfolg nicht mehr rechnen. Infiltrate und Ulcerationen wurden bei dieser Behandlung am raschesten und gründlichsten beeinflufst, während die Lupusknötchen und infolgedessen auch der Lupus erythematosus, der Lupus tuberculosus non exedens sich widerstandsfähiger zeigten.

— Aufser beim Lupus hat dann A. die Kalomeleinspritzungen auch bei anderen Hauterkrankungen, beim Ulcus rodens, beim Epithelioma, beim Krebs, bei der Elephantiasis versucht und auch hier, wie die mitgeteilten Krankengeschichten erhärten, zum Teil volle Erfolge erzielt.

Neben dem grofsen praktischen Interesse haben diese Erfahrungen auch eine hohe theoretische Bedeutung, indem, wie der Verfasser mit Recht hervorhebt, man in der Folge nicht mehr aus der Beeinflussung irgend einer Hautaffektion durch Kalomel auf deren ausschliefslich syphilitische Natur schliefsen darf.

Der Gonococcus, von A. Veillon. Enthält eine umfassende Darstellung der Geschichte und Naturgeschichte des Gonococcus Neisser. Wer sich über diesen Krankheitserreger unterrichten will, findet in der Veillonschen Arbeit alles Wissenswerte aus der Litteratur beisammen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 11.

Tunica muscularis der Blase, von Versari. Die Arbeit beginnt schon in No. 10 der Annales, ist mit einigen Zeichnungen versehen und ergiebt als Resumé folgendes: 1. Der glattfaserige Musculus sphincter internus von Henle existiert und ist wohl entwickelt nicht allein bei den Erwachsenen beider Geschlechter, sondern auch bei den Kindern und Neugeborenen. Er findet sich auch bei den anderen Säugetieren; so haben Desnos und Kiemisson ihn bei der Katze und dem Hunde nachgewiesen und der Verfasser beim Kaninchen und einer Affenart, der Meerkatze. 2. Obwohl zahlreiche Autoren die Existenz des Sphincter internus in der Blase behauptet haben, so gab doch keiner eine genaue Beschreibung. Von der Tunica muscularis der Blase unterscheidet sich der Sphincter internus durch die eigentümliche Anordnung seiner Fasern, durch die Dichtigkeit seiner Bündel, durch ihre geringere Gröfse und endlich durch die geringe Menge des eingestreuten Bindegewebes. 3. Der Muskel ist nicht in seiner ganzen Ausdehnung gleichmäfsig entwickelt; beim Manne tritt er in seinem hinteren Abschnitte deutlicher hervor oder erfährt wegen des Vorhandenseins der Prostata eine leichte Verschiebung in die Höhe, während er bei den anderen untersuchten Tieren, und besonders beim Kaninchen, in seiner vorderen Partie stärker entwickelt ist. 4. Beim Manne, der Frau und den übrigen Säugetieren kann man behaupten, dafs ein Blasenhals existiert, welcher sich vom oberen Rande zum unteren Rande des Musculus sphincter internus erstreckt. 5. Der Blasenhals ist charakterisiert nicht allein durch die glatten kreisförmigen Muskelfasern, welche dem Sphincter internus angehören, sondern auch noch durch die glatten radialen und schräg laufenden Fasern, welche zwischen die Bündel des Sphincter eindringen und deren Gesamtheit vom Verfasser mit dem Namen Musculus dilatator des Blasenhalses belegt wird. *Neuhaus-München.*

Besprechungen.

Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1897. Herausgegeben von P. G. Unna. (Berlin, 1897, Eugen Grosser.) Es ist aufserordentlich dankenswert, dafs die fleifsig arbeitende Unnasche Schule ihre Arbeiten auch im

Zusammenhange herausgiebt, zumal dieselben in der doch immerhin nicht allzu verbreiteten *Deutschen Medizinalzeitung* erscheinen und deshalb im Original sonst nicht jedermann leicht zugänglich sind. Das vorliegende Heft enthält: Unna, Aktinomykose und Madurafuſs; Unna, Behandlung der Lepra; Delbanco, Fall von Mycetoma pedis; Unna, epitheliale Natur der Naevuszellen; Unna, weitere Versuche über reduzierende Heilmittel; Delbanco, fibrinoide Degeneration des Bindegewebes; Unna, Trichophytie und Favus. — Über die einzelnen Arbeiten ist in diesen Blättern schon berichtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft V und VI. (Hamburg, 1897, Leopold Voss.) Diese Hefte schlieſsen sich den vorhergehenden in würdiger Weise an; sie bringen im Durchschnitt lehrreiche und gute Bilder, und zwar 25. Eccema acutum mikropapulosum et squamosum brachii. Sehr hübsch ausgeführt. 26. Prurigo. Die Abbildung des Rückens führt uns viele Kratzeffekte vor; zu Verwechselung mit Syphilis dürfte zumal bei Betrachtung des ganzen Körpers ein solches Krankheitsbild kaum jemals Veranlassung geben. 27. Lues: Exanthema papulo-squamosum antebrachii. Eine ausführliche Differentialdiagnose ist beigefügt. 28. Lues: Exanthema papulo-squamosum cruris recidivum. Die plastische Wiedergabe der die Haut überragenden Papeln will immer nicht so recht gelingen. 29. Psoriasis vulgaris guttata dorsi. 30. Psoriasis vulgaris punctata et guttata antebrachii. 31. Psoriasis vulgaris guttata faciei. Alle drei Psoriasisfälle sind gut wiedergegeben. Es wären nur noch einige mit stärkerer Infiltration und tieferer Rötung zur differentialdiagnostischen Klarlegung erwünscht. 32. Trichophytia superficialis maculosa. 33. Tuberculosis verrucosa cutis, ein hübsches Bild. 34. Lues: Exanthema papulo-squamosum palmae manus. 35. Lues: Exanthema papulo-squamosum palmae manus. Beide Bilder sind gut, das letzte sogar ganz vortrefflich. 36. Psoriasis vulgaris palmae manus. Wohl in diesem Maſse ein sehr seltenes Vorkommnis, nach dem Bilde diagnostisch sehr klar. Bilder der häufigen luetischen Psoriasis palmaris in ihrer gewöhnlichen Form folgen wohl noch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundriſs der Pathologie und Therapie derselben, von Professor Dr. Franz Mračeк in Wien. (München, 1897. J. F. Lehmann.) Kurze Zeit nach dem Erscheinen des vortrefflichen Chotzenschen Atlas werden wir schon wieder mit einem neuen Atlas beschenkt. Während das erstere Werk zum gründlichen Studium besonders der Differentialdiagnose den praktischen und den Spezialarzt auffordert, finden wir in dem vorliegenden Buche einen nur für die Bedürfnisse des praktischen Arztes berechneten Atlas vor. Die Abbildungen geben deshalb auch nur die alltäglich vorkommenden Bilder, nicht die Raritäten wieder. Diese Abbildungen sind geradezu meisterhaft, vollkommen naturgetreu ausgeführt. Die Auswahl derselben ist durchaus prägnant, wir möchten auch nicht ein einziges Bild missen, andererseits ist aber alles Unwesentliche fortgelassen. Den Abbildungen ist eine kurze präcise Krankengeschichte beigegeben. Als Anhang finden wir einen kompendiösen Grundriſs der Pathologie und Therapie vor, welcher flieſsend und leicht verständlich geschrieben ist. Es wäre eine dankenswerte Aufgabe des Verfassers, zu seinem vorzüglichen Werke bei einer weiteren Auflage einen Anhang beizufügen, der diejenigen Bilder enthielte, welche zum Verständnis der Differentialdiagnose nötig sind. Doch können wir dem Praktiker das Werk auch in seiner jetzigen Gestalt zum Studium sowohl wie als Nachschlagebuch aufs wärmste empfehlen.

Leistikow-Hamburg.

Die chronische blennorrhoische Urethritis, von De Keersmaecker und Verhoogen. (Brüssel, 1898. H. Lamertin.) Die durch ein Vorwort Oberländers eingeleitete umfassende, aber knapp und klar geschriebene Abhandlung über die chronische Harnröhrenentzündung blennorrhoischen Ursprungs und ihre Behandlung bildet die erste, dies grofse wichtige Kapitel resumierend und kritisch behandelnde Arbeit, die in Belgien bezw. den Niederlanden erschienen ist. — Das Buch zerfällt in 3 Hauptabschnitte: Pathologische Anatomie, Diagnostik und Therapie der chronischen Blennorrhoe der Harnröhre.

Im ersten Abschnitt wird die Anatomie der normalen Harnröhre behandelt als Basis aller Forschung auf diesem Gebiete. Nachdem Verfasser Färbetechnik, morphologische Verhältnisse des Neisserschen Gonococcus, Kulturanlagen, Impfversuche, klinisches Verhalten und Verbreitung des Krankheitserregers besprochen haben, wenden sich dieselben zur Beschreibung der pathologisch-anatomischen Zustände der Harnröhre bei akuter und chronischer Entzündung. —

Der zweite Abschnitt behandelt die Diagnose der chronischen Blennorrhoe der Harnröhre. Die Verfasser beschränken sich in ihrem Buch ausschliefslich auf die Urethra selbst und lassen die Nebenorgane derselben aufserhalb der Betrachtung. Die Diagnose beruht auf 2 Faktoren, erstens den Symptomen, über die der Patient klagt (Ausflufs, Tripperfäden, Funktionsstörungen, abnorme Sensationen), zweitens auf der objektiven Untersuchung. Nach Feststellung der Quantität und Qualität des Sekrets kommt es darauf an, die Lokalisation des Prozesses zu bestimmen. Dazu dienen verschiedene Methoden, so Thompsons Zwei-Gläser-Probe, Jadassohns Drei-Gläser-Probe und Kollmanns Fünf-Gläser-Probe. Alle beruhen auf der Thätigkeit des M. sphincter urethrae externus, sind aber nach Ansicht der Verfasser nicht beweisend. — Die Verfasser unterscheiden bei der chronischen Urethritis eine weiche Infiltration und eine harte Infiltration. Letztere zerfällt wieder in 3 Stufen, deren ausgeprägteste die Striktur darstellt. Die weiche Infiltration gehört eigentlich noch der akuten Urethritis an, sie ist eine „embryonäre" Infiltration ohne eine Spur von fibrösen Elementen mit dem Bild aller Schleimhautkatarrhe. Mit zunehmendem Fortschreiten kleinzelliger Infiltration lokalisiert sich der Katarrh besonders um die Drüsen, das Cylinderepithel nimmt Pflasterepithelcharakter an, Bindegewebsfasern treten auf, und der Übergang in die harte Infiltration ist eingeleitet. Je nachdem der Ausführungsgang der Urethraldrüsen durch den Druck der umgebenden Gewebspartien verschlossen, die Sekrete gestaut und die Gänge cystenförmig erweitert werden oder von Anfang an offen bleiben, haben wir es zu thun mit der trockenen oder follikulären bezw. der glandulären Form, beide je ca. 50% aller chronischen Harnröhrenkatarrhe ausmachend. Die Einteilung der harten Infiltrationsform in drei Grade ist eine willkürliche und entspricht dem normal gebliebenen Kaliber der Harnröhre, einer Verengerung bis zur Passage von Sonde No. 23, und einer noch bedeutenderen Verminderung der Durchlässigkeit. Bezüglich der näheren Einzelheiten über Cirkulationsverhältnisse, Färbung und Beschaffenheit der Harnröhrenschleimhaut, die Veränderungen des Epithels, die Veränderung der longitudinalen Falten und der Centralfigur, Drüsen, Lakunen und Narben verweist Referent auf das Buch selbst, ebenso bezüglich der folgenden Kapitel, von denen eines der Endoskopie der hinteren Harnröhre und eins den Papillomen und Polypen der Urethra gewidmet ist.

Der dritte Abschnitt der Abhandlung ist der Therapie vorbehalten.

Nach Besprechung der von den Verfassern mild gehandhabten diätetischen Vorschriften geben dieselben ein Resumé über die bisher gebräuchlichen Behandlungsmittel, die wohl allgemein bekannt sein dürften. *Hopf-Dresden.*

Mikroskopie der Harnsedimente, von Albert Daiber. Mit 106 Abbildungen auf 53 Tafeln. (Wiesbaden, 1896. J. F. Bergmann.) In einer kurzgefafsten Einleitung finden wir zunächst das Wissenswerteste über die mikroskopische Prüfung. Alsdann folgt eine klare und leicht verständliche Übersicht über die verschiedenen Arten der Harnsedimente. Es werden der Reihe nach erörtert die Harnsäure, Phosphorsäure und Phosphate, die sonstigen nicht organisierten, alsdann die organisierten Sedimente, wie Epithelien, Blutelemente, Cylinder, Sperma, Urethralfäden, ferner die Gewebsteile, Mikroorganismen pathogener oder nicht pathogener Abstammung, die tierischen Parasiten. Endlich finden wir eine Erörterung der allgemeinen Sedimente unter normalen und bestimmten pathologischen Verhältnissen. Die praktische Erklärung dieser theoretischen Ausführungen wird durch kolorierte Tafeln gegeben. Dieselben zeichnen sich durch eine naturgetreue, nahezu ideale Wiedergabe der mikroskopischen Bilder aus. Neben schneller und leichter Orientierung gestattet die Naturähnlichkeit der Abbildungen eine sichere Stellung der Diagnose. Jedem mikroskopisch arbeitenden Kollegen, besonders aber dem praktischen Arzte sei dieses prächtige Werk bestens empfohlen. *Leistikow-Hamburg.*

Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes. Ein Handbuch zum Gebrauch für Ärzte, Apotheker, Chemiker und Studierende, bearbeitet von Eduard Spaeth. (Leipzig, 1897. Johann Ambrosius Barth.) Es besteht ja gerade kein Mangel an Büchern über Harnuntersuchung, aber deshalb soll ein neues Buch nicht minder freudig begrüfst werden, wenn es nur gut ist. Im allgemeinen pflegen die Bücher entweder in Bezug auf die chemische Seite oder in Bezug auf die mikroskopische Unvollkommenheiten aufzuweisen, da ein guter Mikroskopiker gewöhnlich kein guter Chemiker ist und umgekehrt. Auch das vorliegende Buch ist nicht in allen Abschnitten gleich vollkommen, denn der chemische Teil ist erheblich wertvoller als der mikroskopische. Im chemischen Teile werden die brauchbaren Untersuchungsmethoden sehr eingehend und klar geschildert, wobei die brauchbarsten stets besonders hervorgehoben werden, was dem Praktiker die Arbeit sehr erleichtert. Am Schlusse jedes Abschnittes wird immer noch der Gang der Untersuchung rekapituliert. Dem Arzte werden die Abschnitte über die quantitative und qualitative Bestimmung organischer Beimengungen zum Harne und den Nachweis eingenommener Medikamente besonders willkommen sein, da eine genaue Kritik an all' den vielen Proben geübt wird. — Weniger vollkommen ist, wie gesagt, die Mikroskopie des Harnes. Es kann deshalb das Buch nur wegen des chemischen Abschnittes empfohlen werden, dieser aber ist wirklich der freundlichsten Aufnahme wert. Das Buch enthält 63 in den Text gedruckte Abbildungen sowie eine Spektraltafel und ist würdig ausgestattet.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes, von C. L. Schleich. Dritte, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 32 Abbildungen im Text. (Berlin, 1898. Julius Springer.) Dafs das vorliegende Buch in so kurzer Zeit die dritte Auflage erlebt, beweist, dafs es ein weite ärztliche Kreise interessierendes Thema behandelt. Es verdankt dieses Interesse einerseits der energischen Kritik der allgemeinen Narkose, andererseits den positiven Vorschlägen für einen Ersatz derselben in einem grofsen Teil der Fälle durch die Infiltrationsanästhesie. Mögen viele Kliniker bei der Anwendung der Narkose noch von pessimistischen Anwandlungen frei sein, sei es, dafs sie Glück gehabt haben, sei es, dafs sie gewöhnt sind, in einem kleinen Procentsatz eintretende Unglücksfälle ruhiger hinzunehmen, der praktische Arzt hat im allgemeinen vor der Narkose einen grofsen Respekt. Wer, wie Referent, Gelegen-

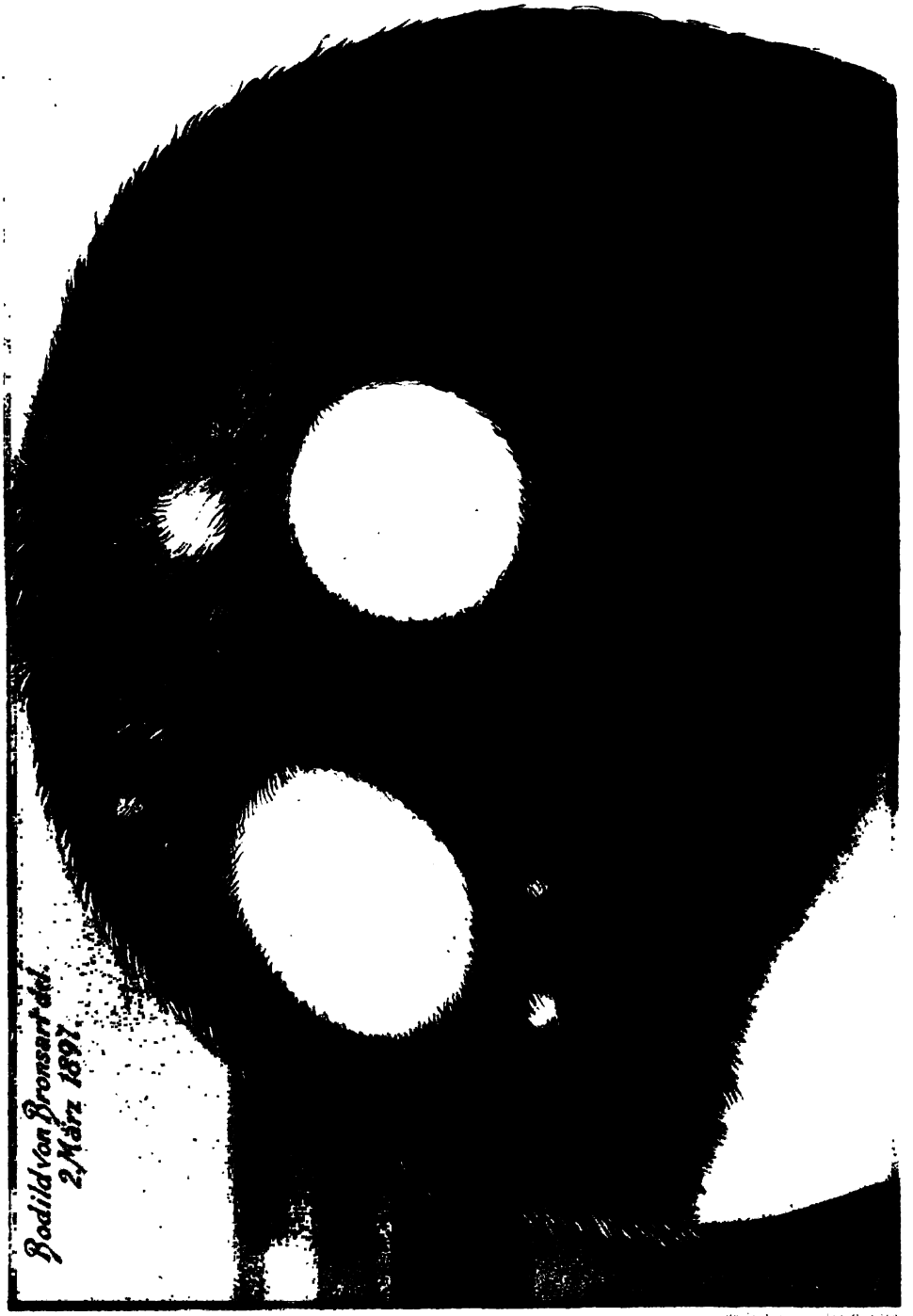
heit gehabt hat, besonders in primitiven Verhältnissen und ohne ausreichende Assistenz, zu Operationen narkotisieren zu müssen, der wird zugeben, daſs die Narkose derjenige Teil des Eingriffs gewesen ist, der ihn am meisten beunruhigte, weil die Möglichkeit des Eintretens eines Unglücksfalles auch bei sorgsamster Beobachtung aller in Frage kommenden Vorsichtsmaſsregeln doch stets im Auge behalten werden muſs. Wo er eintritt, da raubt er dem Patienten das Leben und dem Arzt einen groſsen Teil seiner Existenz und Gemütsruhe. Wie ein Schreckgespenst schwebt dem Arzte stets ein Chloroformtod in der Praxis vor und wie von einem schweren Banne atmet er auf, wenn die Narkose glücklich verlaufen. Deshalb, mag die Kritik an der Narkose, an der Ausdehnung ihrer Anwendung, an der mangelhaften Vorbildung für dieselbe auch scharf sein, sie trifft einen wunden Punkt in der Heilkunde. Leider läſst die Narkose sich nicht ganz entbehren, aber daſs sie durch Anwendung der Infiltrationsanästhesie ganz erheblich eingeschränkt werden kann, ist zweifellos. Und deshalb ist diese und mit ihr das vorliegende Buch gerade im Kreise der praktischen Ärzte populär geworden und wird sicher noch immer mehr an Popularität gewinnen bis das langersehnte, absolut ungefährliche Narkoticum gefunden sein wird, wenn es ein solches überhaupt der Natur der Sache nach geben kann. Ob des Verfassers theoretische Ausführungen über die Beziehung des Siedepunktes der Infiltrationsanästhetica zu ihrer Gefährlichkeit die richtigen sind, ob die von ihm vorgeschlagenen Mischungen dieselbe vermindern, das wird die Zukunft lehren. Mit der Infiltrationsanästhesie aber muſs jeder Arzt sich vertraut machen und sie trotz der zweifellosen Umständlichkeit des Verfahrens anwenden, wo es nur irgend geht. In der Dermatologie ist die Lokalanästhesie überhaupt die fast ausschlieſslich anwendbare Methode, hier liegt zu allgemeiner Narkose nur sehr selten eine Notwendigkeit vor. Deshalb bedarf der Dermatologe notwendig des Schleichschen Buches, um in jedem Falle die vom Verfasser erprobten Technicismen nachlesen zu können. Hoffentlich wird auch die Infiltrationsanästhesie noch mit der Zeit eine Verbesserung und Vereinfachung erfahren, aber bis dahin müssen die Erfahrungen von Schleich maſsgebend sein. Deshalb sei auch diese Auflage nur eine Vorläuferin weiterer. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën. Herausgegeben von P. v. Baumgarten und F. Tangl. XI. Jahrgang, 1895. (Braunschweig, 1897. Harald Bruhn.) Wiederum liegt ein Band der mit ungeheurem Fleiſse zusammengestellten Baumgartenschen Jahrbücher vor und legt Zeugnis ab von dem enormen Wachstum der bakteriologischen Litteratur. Was von den früheren Jahrgängen gesagt ist, kann nur wiederholt werden. Auch der vorliegende läſst an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig, er ist ein unentbehrlicher Wegweiser für jeden Forscher. Es ist nicht nur zu wünschen, daſs jeder, der etwas bearbeitet, aus dieser Fundgrube sich das nötige Material holt, sondern auch, daſs jeder, der etwas Neues entdeckt zu haben glaubt, in den Jahrbüchern erst nachforscht, ob es sich nicht um eine Wiederentdeckung handelt; kommt doch letztere in der Medizin nicht zu selten vor. — Im übrigen ist das Buch so gut eingeführt, daſs es einer besonderen Empfehlung nicht bedarf. Zu wünschen bleibt nur, daſs es schneller erscheint, wie es die Herausgeber auch in dem Vorwort versprechen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Geschichte der Medizin, von Julius Pagel. I. Teil: Einführung in die Geschichte der Medizin. II. Teil: Historisch-medizinische Bibliographie für die Jahre 1875—1896. (Berlin, 1898. S. Karger.) Will man den zeitigen wissenschaftlichen Standpunkt ganz verstehen, will man dem alten gerecht werden, seine Beziehungen zum neuen durchschauen, dann muſs man sich mit dem

Werden der Wissenschaft vertraut machen, ihre Geschichte studieren; das belehrt und das unterhält. Dennoch beschäftigen sich die Ärzte nur selten mit der Geschichte der Medizin. Warum? Einerseits giebt ihnen während des Studiums die Universität nur an wenigen Orten die Anregung dazu. Wenn auch heutzutage wohl an den meisten ein Kolleg darüber gelesen wird, so wird das doch von dem betreffenden Lehrer, dem die Pflicht hierzu obliegt, gewöhnlich so nebenbei betrieben; eine selbstständige Docentur für die Geschichte der Medizin ist wohl aufserhalb Berlins in Deutschland kaum vorhanden. Andererseits aber fehlt es auch an geeigneten Büchern; entweder sie sind zu umfangreich, oder sie sind zu trocken, oder sie haben beide Fehler. Ebenso wie ein guter Geschichtsunterricht auf dem Gymnasium nicht nur eine Reihe von historischen Ereignissen aneinandergereiht bieten, sondern die kulturgeschichtliche Entwickelung der Dinge schildern sollte, um die Schüler zu fesseln, ebenso mufs auch ein Lehrbuch der Geschichte der Medizin nicht nur Biographien und Zahlen enthalten, sondern das Entstehen und Vergehen der verschiedenen Epochen vor dem Auge des Lesers darlegen und den Geist der Zeiten veranschaulichen. Dieser Aufgabe wird das vorliegende Buch gerecht. Es ist nicht nur belehrend, sondern auch unterhaltend und interessant. Mit wahrem Genufs lese ich abends als Abschluss der praktischen und theoretischen Tagesarbeit ein Kapitel in demselben, denn der Inhalt wird in so angenehmer Form und in solcher Klarheit dargeboten, dafs man nur schweren Herzens die Lampe auslöscht. Diese interessante Seite des Buches, dessen erster Teil sich bescheiden „Einführung in die Geschichte der Medizin“ nennt, thut aber der Gründlichkeit keinen Abbruch. Das Thema wird für den Arzt in überreichem Mafse erschöpft, zumal verständiger Weise in kleinem Druck eine Unmasse von biographisch-historischem Material in den Text eingefügt ist. Erregt eine oder die andere Frage beim Leser besonderes Interesse, dann giebt ihm der Verfasser durch sehr zahlreiche Litteraturangaben einen Wegweiser für seine Detailstudien. — In 25 Vorlesungen wird die Geschichte der Medizin bis in die neueste Zeit hinein dargelegt, wobei von den lebenden Männern der Neuzeit wohlweislich nur diejenigen erwähnt werden, deren Leistungen schon heute als historische Thatsachen anerkannt sind. — Der zweite Teil des Werkes giebt eine erschöpfende Zusammenstellung der gesamten historisch-medizinischen Litteratur der Jahre 1875—1896 in übersichtlicher Anordnung. — Jedem Arzte kann das Werk in seinem ersten Teile, der allein erhältlich ist, als prächtige Lektüre zu seiner Belehrung und Erholung nur auf das wärmste empfohlen werden. Die Ausstattung ist eine musterhafte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 7. 1. April 1898.

Aus der dermatologischen Abteilung des Marine-Hospitals zu Konstantinopel.

Beitrag zur Histologie des Erythema glutaeale der Kinder.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Chef der dermatologischen Abteilung des Marine-Hospitals zu Konstantinopel.

Um das klinische Studium des Erythema glutaeale infantile haben sich fast ausschliefslich die Franzosen verdient gemacht. Besondere Erwähnung verdienen der gelehrte Dermatologe Parrot, ferner L. Jacquet, von dem zwei interessante Arbeiten über diesen Gegenstand vorliegen,[1] und endlich Sevestre. Dagegen sind wir über die Histologie dieses Erythems nicht genügend unterrichtet. Ich habe daher einige Hautstücke mit Erythema glutaeale, die von kindlichen Leichnamen stammen, zur Grundlage einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung gemacht.

Parrot beschreibt zwei Formen von kindlichem Erythema glutaeale, 1. das Erythema simplex vesiculosum; 2. das Erythema papulosum. Die erstere zeigt sich zumeist bei Neugeborenen oder bei einige Wochen alten Säuglingen und wird von Parrot in folgender Weise geschildert: „Im Anfang besteht dies Erythem aus einzelnen kleinen roten Flecken, die 1 bis höchstens 2 mm messen; diese können sich auch zu verschieden grofsen Plaques mit unregelmäfsigen, leicht hervorspringenden Rändern zusammenschliefsen. Sehr bald bilden sich nun ein oder mehrere kleine Bläschen mit trübem Inhalt. Bei einzelnen Kindern ist der Anfall so heftig, dafs das unterliegende Gewebe anschwillt und dadurch unter Umständen den Eindruck eines bestehenden Erysipels erweckt.

Das Erythem der Neugeborenen ist im Beginn also immer ein vesikulöses und hat mit der Miliaria eine gewisse Ähnlichkeit. Dieser Zustand hat aber keinen langen Bestand und ist, wenn der Arzt gerufen wird, meistens schon vorüber. Die Bläschen platzen nämlich und trocknen sehr schnell ein, wobei sie eine kranzförmige Abschuppung der Epidermis, ähnlich wie etwa bei den Sudamina, hinterlassen.

[1] Über das Erythema glutaeale papulosum posterosivum. *Thèse de Paris.* 1886. Über posterosive Syphiloide. *Thèse de Paris.* 1888.

Bei den Kindern, die nur leicht erkrankt sind und sorgfältig gepflegt werden, hat die Sache hiermit ihr Bewenden; die eingetrockneten Flächen blassen ab und gewinnen bald mit der neugebildeten Epidermis auch ihr normales Aussehen wieder. Kommt hingegen die Krankheit nicht zur Abheilung, so dehnt sich der Prozeſs in die Breite und in die Tiefe aus. Während sich an der Peripherie nun vesikulöse Plaques bilden, nehmen die älteren an Umfang zu, färben sich tief rot und bilden durch Zusammenflieſsen groſse Flächen, deren Haut glänzend ist und wie mit einem Firniſs überzogen scheint. Durch das beständige Abstoſsen und Wegschmelzen von Epithelien bilden sich bei vielen der kleinen Patienten oberflächliche Erosionen, die rosa- oder kirschfarben sind und sich allmählich in die Nachbarschaft verlieren. Diese Erosionen nässen und die mit ihnen in Berührung kommenden Wäschestücke werden grau oder rotgelb gefärbt und werden, wie durch alle fibrinös-albuminösen Flüssigkeiten, beim Trocknen hart und steif. — In ganz ausnahmsweisen Fällen handelt es sich übrigens nicht mehr nur um einfache Erosionen, sondern um wirkliche Geschwüre, die ½—1 mm tief sind, glatte Ränder und einen blutenden, meist roten, sehr selten auch grauen Grund besitzen.

Der Sitz dieses Erythema neonatorum ist pathognomonisch und trägt wesentlich zur Erleichterung der Diagnose bei. Denn es sitzt ausschlieſslich an bestimmten Stellen, und zwar am Hodensack, den groſsen Schamlippen, dem Perineum, dem Gesäſs, auf den Hinterflächen der Ober- und Unterschenkel und in den Plicae genito-crurales. Ab und zu werden die Unterextremitäten auch stärker befallen, indem das Erythem bis auf die Knie und Füſse hinabsteigt und auch die Innenfläche der Ober- und Unterschenkel überzieht. Am Rücken findet es sich nur in ganz vereinzelten Fällen.

Aber das Erythem besitzt nicht an allen den genannten Stellen das nämliche Aussehen; nur da, wo es vor Nässe und vor Berührung mit den Ausscheidungen geschützt ist, bleibt es unverändert. Sehr deutlich sind meistens die Vesikeln ausgebildet, und ihr langsames Eintrocknen hat eine merkliche Abschuppung von Epidermis zur Folge. Diese Abschuppung ist nun aber an denjenigen Stellen, die immer feucht und schmutzig sind, noch viel ausgesprochener, und die Rötung ist hier manchmal so lebhaft, daſs man eine blutende Fläche vor sich zu haben glauben könnte. Auf dem Scrotum und den groſsen Schamlippen ruft das Erythem zuweilen eine ödematöse Schwellung von beträchtlichem Umfang hervor. Zur Geschwürsbildung kommt es nur in der Ano-perineal-Gegend und auf dem Gesäſs.“

Nach Parrot kommt dies Erythem namentlich bei schwächlichen und gebrechlichen Kindern vor und er nennt es deshalb auch das Erythem

der Athrepsie. JACQUET und SEVESTRE stimmen mit der PARROTschen Auffassung des Erythema simplex in allen Punkten überein, nur dafs SEVESTRE dasselbe auch zuweilen bei mehrere Monate alten kräftigen und gesunden Kindern beobachtet hat.

Die letzteren Angaben SEVESTRES kann ich meinerseits nur bestätigen; auch ich habe das Erythema simplex mehrfach bei nicht schwächlichen Kindern von 3—4 Monaten gesehen; es safs dann auf dem Gesäfs und am Damm, auf der Hinterfläche der Ober- und Unterschenkel, dem Hodensack, in den Plicae genito-crurales u. s. w. Alle diese Teile waren erythematös und auch mehr oder weniger ödematös und stiefsen ihre Epidermis in grofser Ausdehnung schuppenförmig ab. Aufserdem waren einzelne, kaum sichtbare Bläschen vorhanden, sowie Erosionen und Excoriationen mit undeutlichen Rändern, in verschiedener Gröfse und in verschiedenen Stadien der Entwickelung, die einen noch ganz der Epidermis entblöfst, die anderen schon im Wege der Vernarbung, die dritten endlich bereits ganz wieder überhäutet.

Die zweite Varietät, das Erythema papulosum, wird von PARROT wie folgt beschrieben: „Es ist dieses ein Erythem, das ich als papulöses bezeichne. Wenn ich dasselbe trotz seiner Häufigkeit bis jetzt noch nicht erwähnt habe, so geschah das, weil es bei den Neugeborenen selten ist und erst nach den ersten drei Lebensmonaten und in der Zeit bis zu einem Jahr auftritt. Von einer eingehenden Beschreibung dieses Erythems, seiner Natur und seiner Ursachen, will ich hier der Kürze halber absehen, aber ganz mit Stillschweigen konnte ich es an dieser Stelle auch nicht übergehen, da es in den ersten Lebensmonaten recht häufig vorkommt und den nämlichen Sitz wie das Erythema athrepsicum einnimmt, mit dem es übrigens auch unter Umständen verwechselt werden kann.

Im allgemeinen besteht es aus abgeflachten Papeln, die stecknadelkopf- bis linsengrofs und braun oder violett gefärbt sind; gegen die Ränder hin spielt die Farbe aber mehr ins Rote; hier ist die Epidermis auch glänzend und scheint verdünnt. Die Haut zwischen den einzelnen Papeln ist entweder unverändert oder mit hell- bis dunkelbraunen Flecken besprenkelt; einzelne dieser Flecke, die auch noch etwas hervorragen, erwecken den Eindruck, als seien sie die letzten Spuren von sich zurückbildenden Papeln. Sie finden sich in der Umgebung des Afters, auf dem Gesäfs, an der oberen und hinteren Gegend der Oberschenkel, auf dem Scrotum und den grofsen Schamlippen. Ihre Menge ist eine schwankende, bisweilen zählt man nur vier bis fünf Stück, aber wenn sie auch viel zahlreicher vorhanden sind, so fliefsen sie doch nie ineinander. — Die Leistendrüsen sind bei diesem Erythem nicht geschwollen. — Genesen die Kinder, so flachen sich die Papeln nur auffällig langsam ab und noch

lange nachher sind die Stellen, an denen sie einst gesessen hatten, durch eine braune Verfärbung kenntlich.

Bei gut genährten Kindern habe ich dieses Erythem nie getroffen, fast alle boten sie irgend ein Symptom der Kachexie dar. In tödlich verlaufenen Fällen konnte ich in der Regel entweder Tuberkulose der inneren Organe oder rachitische Veränderungen an den Knochen nachweisen."

Im Anfang hatte PARROT keine scharfe Scheidung zwischen dem Erythema simplex und dem Erythema papulosum vorgenommen, später betrachtet er es mit Unrecht als eine syphilitische Erkrankung nnd macht aus dem Erythema papulosum ein lentikuläres Syphilid; denn die Beschreibung, die er von letzterer Form giebt, pafst vollkommen auf das papulöse Erythem.

L. JACQUET kommt das Verdienst zu, als erster (1886) das Erythema papulosum studiert zu haben. Er hat seine wahre Natur erkannt und die Art seines Zustandekommens nachgewiesen. Im folgenden Jahr hat dann SEVESTRE seine Angaben in allen wesentlichen Punkten bestätigt.[2]

JACQUET weist in seiner Arbeit an zahlreichen eigenen Beobachtungen nach, dafs es sich bei der von PARROT zuerst als Erythema papulosum, später als lentikuläres Syphilid beschriebenen Form, um eine ganz banale Erkrankung, um eine Umwandlung der ersten Varietät des Erythema simplex handle. Die Erosionen und Ulcerationen des Erythema simplex können sich weiter entwickeln, einerlei ob sie getrennt stehen oder ineinanderfliefsen. Diese Weiterentwickelung, die meistens nur einzelne der genannten Elemente, in ganz ausnahmsweisen Fällen aber auch alle betrifft, besteht dann darin, dafs die ihrer schützenden Epidermis beraubte und entzündete Cutis zu granulieren anfängt und zur Bildung von Papeln Anlafs giebt, von Pseudo-Papeln der Cutis, die den Platz und den Umfang der ehemaligen Erosionen einnehmen. Dieser Vorgang kann sich gleichmäfsig bei gesunden wie bei atrophischen Kindern abspielen. Dieser Darstellung entspricht auch die erste Bezeichnung JACQUETS für das Erythem als Erythema papulosum posterosivum. Jene Pseudopapeln des Erythema papulosum können rund oder linsenförmig sein und besitzen meistens einen Durchmesser von 4—5 mm; es kommen aber auch bedeutend kleinere und bedeutend gröfsere vor; sie sind in der Regel glatt, manchmal aber auch in der Mitte etwas eingesunken und nässend und an den Rändern dagegen aufgeworfen. Auch sind sie im ganzen flach, dunkelrot bis braun und violett; dabei fühlen sie sich meistens hart an und haben wirklich

---

[2] SEVESTRE, Über das Erythema papulosum des Gesäfses. *Gazette hebdomadaire.* 1887. No. 57.

Ähnlichkeit mit dem papulösen Syphilid. Wegen dieser Ähnlichkeit hat JACQUET später vorgeschlagen, sie als posterosives Syphiloid zu bezeichnen, um gleichzeitig ihren Ursprung und ihr Aussehen anzudeuten. In den meisten der von JACQUET beobachteten hierhergehörigen Fälle handelt es sich um erythematöse Flächen, die mit verschieden weit vorgeschrittenen Erosionen bedeckt waren. Auf diesen Erosionen fanden sich oft ganz kleine Auswüchse der Cutis, die glatt und glänzend rot waren, kleine Papeln, die in der diffusen Rötung des Erythems fast verschwanden. Die einmal entstandenen Erosionen hatten einen ganz verschiedenartigen Verlauf, der durch ihre Größe, durch die Vitalität ihrer Cutis, durch den Grad der Reinlichkeit, durch die Beschaffenheit des Urins und der sonst mit ihnen in Berührung kommenden Stoffe bestimmt wurde. So unterscheidet JACQUET für die Erosionen drei Formen der Entwickelung. Entweder sie vernarben ganz einfach und überziehen sich mit einer glatten Epidermis. Oder die Cutis fängt an zu granulieren und schwillt etwas an, wobei zuweilen nur die rotvioletten Ränder der Erosion von der Anschwellung betroffen werden, während das Centrum einsinkt, glänzend rot erscheint und manchmal auch näßt, so daß alle Eigenschaften des papuloerosiven Syphilids beisammen sind. Oder endlich, die Granulation der Cutis ist eine überall gleichmäßige und es kommt dementsprechend zur Bildung von glatten, dunkelroten, härtlichen Pseudo-Papeln, die die Form und Größe der früheren Erosionen oder Geschwüre wiedergeben. Dieser letztere Fall der Umwandlung sämtlicher Erosionen in reine Pseudo-Papeln kommt aber, wie gesagt, äußerst selten vor. In der Regel sind vielmehr alle drei Möglichkeiten gleichzeitig erfüllt, so daß sich neben einzelnen posterosiven Pseudo-Papeln auch Erythema simplex sowie Erosionen und Geschwüre von der nämlichen Größe wie jene Pseudo-Papeln finden; und zwar liegen diese Erosionen und Geschwüre dann zum Teil so ziemlich in gleicher Höhe mit der gesunden Umgebung, zum Teil überragen sie dieselbe um ein weniges oder sind im Gegenteil etwas eingesunken; von der übrigen Haut unterscheiden sie sich durch ihr lebhaftes Rot, sowie dadurch, daß sie leicht bluten. Übrigens kommen die Erosionen auch ganz unabhängig von den Pseudo-Papeln vor (SEVESTRE). Letztere sind mit einer glänzenden Epidermis bedeckt, während ihr Rand oft von einem gefältelten Epithelium dargestellt wird, daß sich aus lauter feinen, strahlenförmigen Epidermisfalten zusammensetzt. Diese Epidermis sieht aus, als ob sie verdünnt wäre; gelingt es aber, sie abzuziehen, so erkennt man, daß sie im Gegenteil verdickt und wie verhornt ist (SEVESTRE).

Nach JACQUET ist diese Fältelung der Epidermis ein wichtiges Symptom und ein untrügliches Zeichen der Pseudopapel, hat aber nichts mit dem von BIETT beobachteten Ring zu thun, der sich an der Peripherie des papulösen Syphilids bildet. Die Pseudopapeln kommen in

schwankender Menge vor, bald sind es nur 4 bis 5, bald 20 bis 30 und noch mehr. In der Regel stehen sie getrennt, rücken aber zuweilen auch dicht zusammen und fliefsen ineinander, so dafs sie, wie manche Syphilide, ein circinöses oder serpiginöses Aussehen gewinnen. Ihr Sitz entspricht dem des Erythema simplex, nur dafs sie an den hinteren Flächen des Scrotums, aufsen an den grofsen Schamlippen und in der Umgebung des Afters sehr selten vorkommen. In den Plicae glutaeo-crurales und genito-crurales finden sich die Pseudopapeln niemals.

Die Umwandlung der Erosionen des Erythema simplex in Pseudopapeln vollzieht sich sehr rasch; aber ebenso rasch, innerhalb weniger Tage, sinken diese Papeln auch wieder ein und verheilen unter Hinterlassung violett und braun gefärbter Stellen.

Die Differentialdiagnose zwischen Erythema papulosum und papulösem Syphilid ist ebenso wichtig wie leicht; eine genaue Untersuchung des Körpers genügt, denn bei Syphilis finden sich immer noch spezifische Veränderungen an den Lippen, dem Mund, der Haut, dem Knochensystem. Aufserdem ist auch schon das Aussehen der Pseudopapeln charakteristisch genug, zumal, wenn sie noch an ihrer Peripherie jene strahlenförmige Epidermisfältelung zeigen. Für Erythema papulosum spricht ferner der Sitz des Ausschlags auf dem Gesäfs, den Schenkeln, den Waden, das Verschontbleiben der Hautfalten und vor allem, dafs regelmäfsig auch Erythema simplex, Vesikeln und Erosionen vorhanden sind. Endlich ist auch der Verlauf des Ausschlags für die Diagnose zu verwerten, da das Erythema papulosum sehr schnell verläuft und für gewöhnlich in 8—14 Tagen bei wenig eingreifender Behandlung abheilt; man braucht eben nur für Reinlichkeit zu sorgen, die Diät zu regeln und den Durchfall zu bekämpfen. Aufserdem ist ein früheres Erythema papulosum nachträglich auch noch daran zu erkennen, dafs, im Gegensatz zur Syphilis, nach Ausheilung der Pseudopapeln nichts Krankhaftes mehr nachbleibt. Das lentikuläre Syphilid sitzt mit Vorliebe in der unmittelbaren Nähe des Afters, dauert viel länger und heilt nur bei einer spezifischen Behandlung.

Nach Sevestre und Jacquet ist die Ätiologie des Erythema papulosum die nämliche wie die des Erythema simplex erosivum seu ulcerosum, d. h. sie besteht in einer Reizung der Haut durch Urin und Faeces, besonders bei Kindern mit Diarrhoe. Mit einer etwaigen Athrepsie dagegen steht das Erythema papulosum oder posterosive Syphiloid in keinem ursächlichen Zusammenhang; im Gegenteil findet man es sehr oft bei kräftigen Kindern, die zufällig an Durchfall erkrankt oder in ungeeigneter Weise ernährt sind. Ja, Jacquet und Sevestre nehmen sogar eine gewisse Vitalität der Haut an, um die Proliferation des cutanen Bindegewebes im Bereich der Erosionen und die Bildung der Pseudopapeln

erklären zu können. Die Keimung des cutanen Gewebes ist um so üppiger, je kräftiger das Kind und je reichlicher die Haut vaskularisiert ist.[3]

Ich hatte Gelegenheit, zwei Fälle von Erythema glutaeale der Kinder mikroskopisch zu untersuchen. Die Schnitte meines ersten Falles stammten von der Leiche eines dreimonatlichen Kindes, das an Erythem des Gesäfses und der Hinterschenkel gelitten hatte. An den erkrankten Stellen schuppte sich die Haut in grofser Ausdehnung und fanden sich hin und wieder Erosionen. Die Stücke wurden dem Schenkel entnommen und in verschiedener Weise gefärbt, mit Methylenblau, Glycerin-Äther-Mischung, Methylenblau-Orcein. Unter den Präparaten fielen nun einmal solche auf, bei denen die Epidermis stark geschwollen und in ihrem Volumen vergröfsert war. In der Körnerschicht sowie in den oberen und mittleren Lagen der Stachelschicht bestand Ödem. An diesen Stellen war das Keratohyalin fast ganz geschwunden, die basale Hornschicht geschwollen, parakeratotisch und mit flachen Kernen versehen. Das Ödem der Stachelschicht war ein parenchymatöses, intracelluläres; die Kernhöhlen, die durch das Ödem sehr erweitert waren, boten die von Leloir beschriebene Veränderung dar. Die Kerne, die meistens an die Seiten der Höhlungen gedrängt waren, hatten teils ihre gewöhnliche Form bewahrt, teils waren sie atrophiert und abgeplattet und dunkler gefärbt, teils endlich wiesen sie ein mehr oder weniger zertrümmertes Chromatin auf.

Das körnige Protoplasma war aus den ödematösen Stachelzellen fast ganz herausgeschwemmt und überall als methylenblaue Körnchen im Gewebe verteilt. Die Protoplasmafasern der ödematösen Zellen waren, selbst bei einfacher Färbung mit Methylenblau, ganz gut zu erkennen; die interfibrillären Poren waren durch das Ödem erweitert. Bei einzelnen Stachelzellen erreichte das Ödem einen besonders hohen Grad, bei ihnen waren die Kernvakuolen durch die Flüssigkeit ungeheuer erweitert und ihr Protoplasma blieb, abgesehen von der Zellmembran, fast unsichtbar. Dagegen war das intercelluläre Ödem ziemlich unbedeutend und die intercellulären Lymphspalten waren nur wenig erweitert. Der ganze

---

[3] Jacquet unterscheidet zwischen diesem Erythema papulosum sive Erythema syphiloides posterosivum und einer anderen Form, die von Besnier unter dem Namen Intertrigo vacciniformis oder Erythema papulosum vacciniforme neonatorum, und von Fouanier als Herpes phlyctenoides, Herpes vacciniformis, Exanthema vaccino-syphiloides neonatorum beschrieben worden ist. Diese Intertrigo vacciniformis zeigt sich in der Regio genito-cruralis in Form kleiner papulöser Knötchen von schwankender Gröfse; dieselben sind rund, in der Mitte ulceriert oder mit Krusten bedeckt und von einem weifslich-grauen Wulst von schwartigem Aussehen sowie von einem rosa gefärbtem Hof umgeben. Jacquet sieht nun den Unterschied zwischen dieser Intertrigo vacciniformis und seinem posterosiven Syphiloid darin, dafs erstere länger dauert und dafs ihre Elemente häufig nässen, während letztere regelmäfsig in wenigen Tagen heilen und glatte Elemente haben, die nur ganz ausnahmsweise einmal nässen. Brocq hält aber beide Formen für identisch.

ödematöse Abschnitt der Stachelschicht ist nach der Tiefe hin unregelmäfsig abgegrenzt, indem er stellenweise bis zur Hälfte der ganzen Schicht reicht. Die darunter liegenden Zellreihen sind nur noch ganz wenig ödematös und heben sich von den oberen Reihen dadurch deutlich ab, dafs sie sich im Gegensatz zu jenen mit Methylenblau dunkel färben. An anderen Stellen wieder ragt das Ödem bis in die untersten Zelllagen hinein. — In allen Präparaten gewahrt man auf der Oberfläche eine bald mehr bald weniger dicke Schicht, die von der allmählichen Umwandlung der ödematösen Teile in eine homogene Schicht herrühren; das Protoplasma derselben ist farblos und homogenisiert, nur die Kerne nehmen den Farbstoff auf; dieselben sind meistens atrophisch, flach und in parallelen Reihen angeordnet; nur wenige von ihnen bewahren ihre ursprüngliche Form, noch andere sind zertrümmert, ihr Chromatin ist in die Länge gezogen und nimmt bizarre Formen an (Chromatotexis) und schliefslich sind einzelne Kerne ganz atrophisch und kaum noch sichtbar. Stellenweise sind auch einzelne Zellenreihen dieser ödematösen Stachelschicht in eine dünne desquamierende Schicht umgewandelt, und diese Umwandlung betrifft an noch anderen Punkten den ganzen ödematösen Abschnitt, ja zum Teil sogar die ganze Epidermis und macht aus ihr eine dicke Schuppe. Diese desquamierende Haut ist stellenweise abgehoben und im Begriffe, sich ganz abzulösen; an anderen Punkten ist sie schon ganz abgestofsen und läfst hier einige, meist dünngesäte Zellreihen frei. Derjenige Teil der Epidermis, der sich ganz in eine Schuppe umgewandelt hat, ist ebenfalls zum Teil von der Cutis gelockert und abgehoben, doch ist hier die Verbindung noch nicht ganz gelöst, denn sie bedeckt noch immer einige erodierte Punkte der Cutis. Ist die Epidermis-Schuppe aber erst ganz entfernt, dann kommen kleine Teilchen des Papillarkörpers, die allerdings nicht mehr als 1—2 Papillen umfassen, blofs zu liegen. Nur an diesen letzteren Punkten gewahrt man vereinzelte Leukocyten, an den übrigen erodierten Stellen kommen sie nicht vor.

Die ganze Gefäfsverästelung des Papillarkörpers und der Cutis, die tiefen und oberflächlichen Gefäfse sowie die Kapillaren der Papillen sind äufserst erweitert. Es besteht starke Hyperämie, das Lumen der Gefäfse strotzt von roten Blutkörperchen und auch die Leukocyten stauen sich auf. Diese starke Hyperämie mit der leukocytären Stase ist aber im Papillarkörper und an den erodierten Stellen am stärksten ausgesprochen. Die ein- und vielkernigen Leukocyten nehmen einen grofsen Teil der oberflächlichen kleinen Gefäfse und Kapillaren ein und bilden so leukocytäre Thromben. In den grofsen Gefäfsen der mittleren und tieferen Teile der Cutis ist die Anschoppung der weifsen Blutkörperchen weniger bedeutend.

Färbt man die Präparate mit Methylenblau und Orcein nach Unna oder nach der Weigertschen Methode (Gentianaviolett-Anilin und Fixation

mit der Gramschen Lösung, die von Unna in folgender Weise modifiziert ist: Jod. 0,5, Kalii jod. 5,0, Aq. 95,0, Eosin. 0,2, — darauf Entfärbung mit Anilin und Xylol $\overline{aa}$, Xylol, Canadabalsam) — so sieht man, dafs eine gröfsere Menge der in den Gefäfsen angehäuften Leukocyten ganz oder teilweise in hyaline Körper verwandelt sind. Es sind dies glänzende Stücke von verschiedener Gröfse, die einzeln oder in Haufen beisammen liegen und teils dünne Streifen, teils gröbere formlose Klumpen bilden. Inmitten dieser hyalinen Thromben befinden sich nun aber noch wohlerhaltene Leukocyten oder doch wenigstens Bruchteile solcher Leukocyten, die also die hyaline Umwandlung noch nicht durchgemacht haben und die sich durch ihre blaue (Mythylenblau) oder violette (Gentianaviolett) Färbung sehr schön von den mit Eosin oder Orcein rot gefärbten hyalinen Massen abheben. Die hyalinen Thromben finden sich in fast allen oberflächlichen Gefäfsen und Kapillaren und füllen bei manchen von den letzteren das Lumen völlig aus. Daneben finden sich in einzelnen Kapillaren auch noch Fibrin-Gerinnungen, die sich netzförmig mit den hyalinen Massen verfilzen. In den grofsen Gefäfsen der Tiefe hingegen findet sich nur hier und da ein wandständiger leukocytärer Thrombus; das Lumen der meisten dieser Gefäfse ist aber von normalem Blut erfüllt und in mehreren von ihnen fehlt sogar jede Andeutung einer leukocytären hyalinen Thrombose.

Die Lymphspalten der Cutis sind im allgemeinen etwas erweitert, einen nennenswerten Grad erreicht diese Erweiterung aber nur im Papillarkörper. Die Papillen sind sehr geschwollen und zweimal so grofs wie im Normalen. Hier im Papillarkörper besteht auch eine entzündliche Reizung, eine Proliferation der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen. In der unteren und mittleren Schicht der Cutis ist die Zellproliferation nur unbedeutend. Eine Auswanderung weifser Blutkörperchen hat in der Cutis kaum statt, während sie im Papillarkörper und in den Papillen deutlich vorhanden ist. An einigen erodierten Punkten liegen Papillen und Papillarkörper entweder ganz frei oder sind nur noch mit lockeren und abgehobenen Schuppen bedeckt. Diese Papillen haben eine eigentümliche Veränderung erfahren; sie sind gegenüber den anderen, mit Epidermis bedeckten Papillen beträchtlich vergröfsert und überragen dieselben auch in der Länge, so dafs die Cutis an den betreffenden Stellen kleine Hervorragungen aufweist. An der Spitze einzelner von diesen verlängerten Papillen finden sich noch wieder kleinste Erhebungen, ähnlich wie Wundgranulationen, und an allen diesen so veränderten Papillen gewahrt man eine Proliferation der Bindegewebsfasern wie auch der perithelialen Bindegewebszellen. Diese Proliferation ist eine sehr hochgradige, und das nämliche gilt auch von der Erweiterung der Kapillaren und der Lymphräume.

Dieser Proliferationsprozefs nun, der sich in den Bindegewebselementen einzelner Papillen wie beschrieben abspielt, stellt den ersten Anfang der Papelbildung dar und erklärt das Zustandekommen jener kleinen sekundären Pseudopapeln der Cutis, die von JACQUET schon als gelegentliche Komplikation der Erosionen des Erythema simplex beschrieben sind. Ich kann somit nur einfach die schon erwähnten Angaben bestätigen, die die Bildung der Pseudopapeln auf eine Keimung oder Proliferation des papillären Bindegewebes zurückführen. Bei anderen Erosionen meiner Präparate hingegen fehlt jener Proliferationsprozefs des Papillarkörpers nicht nur gänzlich, sondern die Erosionen erscheinen gegen die umgebende Haut auch noch eingesunken.

An Mikroorganismen findet man nur auf den Schuppen einzelne Ansammlungen von Kokken, die entweder einzeln stehen oder zu zweit einer über dem andern angeordnet sind, wie die Diplokokken. Cutis und Epidermis aber sind vollkommen frei von Mikroorganismen.

Von meinem ersten Fall habe ich noch weitere Präparate angefertigt, die nicht erodierten Stellen des nämlichen Erythems entnommen waren. Neben den bereits beschriebenen Veränderungen der Epidermis finden sich hier noch einige andere. Ein intracelluläres Ödem hatte auch hier eine Schwellung der Epidermis herbeigeführt. Das Keratohyalin war geschwunden und bis zu einer gewissen Tiefe war die Epidermis in eine exfoliierende Schicht umgewandelt, innerhalb welcher die flachen Kerne reihenweise angeordnet waren. Neu war dagegen, dafs sich an verschiedenen Stellen dieser desquamierenden Schicht Ansammlungen vielkerniger Leukocyten befanden, wodurch die betreffenden Stellen der Schuppe in kleine inselförmige Krusten umgewandelt wurden. Unterhalb dieser oberflächlich gelegenen Krusten, in den tieferen Zelllagen, findet man keine nennenswerten Mengen von Leukocyten und ebensowenig läfst sich deren Aufmarsch durch die Dicke der Epidermis hindurch zu den Krusten beobachten. Nur an einer bis zwei Stellen des Präparates ist die Epidermis in ihrer ganzen Tiefe in eine desquamierende Schicht verwandelt und mit grofsen Haufen von Leukocyten bedeckt, und hier nun findet sich unmittelbar unter diesem krustenförmigen Teil der Oberhaut ein grofser Herd vielkerniger Leukocyten auf dem Papillarkörper. Die einzelnen haben eine längliche, absonderliche Gestalt und ziehen in grofser Menge aus den Gefäfsen der Papillen zu dem abgestorbenen und abgelösten Stück der Epidermis, das seinen Zusammenhang mit der Umgebung schon stellenweise ganz gelöst hat und einen kleinen Teil des Papillarkörpers bloslegt. Ist die schützende Epidermis an einer solchen Stelle erst ganz abgestofsen, so verwandelt sich die darunter

liegende Erosion, die mit einer grofsen Menge von Leukocyten bedeckt ist, in ein eiterndes Geschwür, wie wir das bei dem zweiten Fall sehen werden.

Nicht nur auf den kleinen, soeben beschriebenen Krusten, sondern auf der ganzen sich ablösenden Schicht sieht man an der Oberfläche grofse Herde von Bacillen und Kokken, dagegen sind die leukocytären Haufen inmitten der Krusten und des Corpus papillare frei von Staphylokokken.

Die wesentlichsten Veränderungen der Cutis bestehen, wie bei den früheren Präparaten so auch bei diesen, einerseits in einer Erweiterung und Blutüberfüllung sämtlicher Gefäfse, andererseits in einer fortschreitenden entzündlichen Reizung; diese letztere bekundet sich durch eine Hyperplasie und Hypertrophie des Protoplasmas der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen; dies Verhalten ist im Papillarkörper besonders deutlich ausgeprägt. Im Lumen der oberflächlichen kleinen Gefäfse kann man eine Stase und Diapedese der weifsen Blutkörperchen beobachten; die Diapedese ist im allgemeinen eine mäfsige und erreicht nur an denjenigen Stellen des Papillarkörpers, die unterhalb der beschriebenen Krusten liegen, einen bedeutenden Grad. Hyaline, leukocytäre Thromben finden sich dagegen bei diesen Präparaten in keinem einzigen der kleinen Gefäfse.

Der zweite Fall, von dem mir Präparate zur Verfügung standen, betraf ein sechs Monate altes Kind, bei dem Gesäfs und Hinterfläche der Unterextremitäten in grofser Ausdehnung nicht nur mit Erythem und Erosionen, sondern auch mit Geschwürchen behaftet waren. Die Geschwürchen waren zahlreich vorhanden, eingesunken, kreisrund und hatten einen Durchmesser von 1—2 mm. Für die mikroskopische Untersuchung habe ich mit Sorgfalt solche Stücke ausgewählt, die teils Erosionen und Geschwüre enthielten, teils mit gesunder Haut bedeckt waren.

Die Epidermis weist die nämlichen Veränderungen auf wie im ersten Fall; sie ist auch hier stellenweise durch ein parenchymatöses intracelluläres Ödem der Körner- und Stachelzellen geschwollen und verdickt; das Ödem reicht noch bis unter die mittleren Schichten der Epidermis hinab. Das Protoplasma der ödematösen Zellen färbt sich mit Methylenblau nur schwach; das Keratohyalin der Körnerschicht fehlt vollständig, desgleichen sind die Protoplasmakörner der ödematösen Stachelzellen weggeschwemmt. Deutlich zu erkennen sind die Protoplasma-Fibrillen, die interfibrillären Poren sind durch das Ödem erweitert. Das nämliche gilt für einen Teil der Zell-Vacuolen (Höhlenbildung nach Leloir). Die Zellkerne sind geschrumpft, atrophisch und meistens wandständig; andere

liegen aber auch inmitten der Vacuolen. Der ganze ödematöse Abschnitt der Epidermis stellt eine abblätternde Schuppe dar, deren Zellprotoplasma fast ganz homogenisiert und unfärbbar ist, während die Kerne zum gröfsten Teil abgeflacht und in parallelen Reihen angeordnet sind; bei einigen von ihnen ist das Chromatin zu bizarren Formen ausgezogen, bei anderen in ungleichmäfsige Stückchen zerbröckelt. Das intercelluläre Ödem ist verhältnifsmäfsig gering, die Lymphräume sind nur mäfsig erweitert. Der unterhalb der ödematösen und in eine Schuppe verwandelten Epidermis gelegene Teil der Stachelschicht ist verhältnismäfsig viel weniger ödematös und ganz gut färbbar; stellenweise ist die Epidermis aber auch in ihrer ganzen Dicke ödematös oder in eine exfoliierende Schuppe umgeformt, und diese Schuppe ist an einzelnen Punkten schon abgestofsen, wodurch Teile des Papillarkörpers frei zu liegen kommen. Auf die Weise kommen die Erosionen und Ulcerationen zu stande.

Wie in dem ersten Fall, so beobachtet man auch bei diesem zweiten in der von Epidermis bedeckten Cutis Stauung und Hyperämie in den stark erweiterten Gefäfsen und Kapillaren der Papillen. Das Lumen der kleinen Gefäfse und zum Teil auch das der Kapillaren ist von roten und weifsen Blutkörperchen vollgepfropft. Jedoch vermifst man hier die Umwandlung der Leukocyten in eine hyaline Masse, wodurch denn auch die hyalinen leukocytären Thromben in Wegfall kommen. Papillarkörper und Papillen sind ödematös geschwollen und die Lymphspalten sehr erweitert. Aufserdem besteht noch eine entzündliche Reizung und Proliferation der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen mit Hypertrophie ihres Protoplasmas. Daneben mäfsige Diapedese der weifsen Blutkörperchen. Sämtliche Erscheinungen treten in den mittleren und unteren Lagen der Cutis sehr zurück.

Von den Erosionen des Präparates ist die eine grofs und etwas eingesunken und an einer kleinen Stelle mit einer Schuppe bedeckt, die sich aus ein bis zwei Reihen homogenisierter Epithelzellen zusammensetzt; die Kerne sind hier zum allergröfsten Teil zerbröckelt. Der Papillarkörper liegt fast ganz frei und die Kapillaren der Papillen sind hier ganz ungeheuer erweitert. Auch die Stauung der Leukocyten innerhalb der Gefäfse und ihre Diapedese sind hier weit ausgesprochener, jedoch kommt es im Gewebe nirgends zur Ansammlung derselben oder zur Bildung von Eiterherden. Hier, am Sitze der Erosion, ist auch die entzündliche proliferierende Reizung der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen viel bedeutender. Das Protoplasma dieser Zellen ist hypertrophiert und besitzt zahlreiche Ausläufer, so dafs Spinnenzellen zu stande kommen. Papillen und Papillarkörper bilden aber hier auf der erodierten Fläche keinerlei Granulationen oder Hervorragungen.

Ganz die gleichen Veränderungen beobachtet man auch an einer

zweiten ganz kleinen Erosion, die kaum drei Papillen umfafst; auch hier bestehen Ödem, Gefäfserweiterung und entzündliche Proliferation, daneben aber auch noch eine Wucherung der Bindegewebsfibrillen der Papillen. Infolge dessen ist diese kleine Erosion hypertrophischer und stärker hervorragend als die übrigen, zeigt auch Neigung zum Granulieren.

Die dritte Erosion, die gröfste, ist sehr tief eingesunken; sie bildet ein richtiges Geschwür und besitzt andere Veränderungen als die bisher beschriebenen. Denn die Geschwürsfläche ist hier bis in die Mitte der Cutis hinein von dichten Haufen vielkerniger Leukocyten durchsetzt, bildet also einen grofsen Eiterherd, der das Gewebe der Papillen und des Corpus papillare zum gröfsten Teil zerstört und nur hier und da einzelne derselben und kleine Teile des Bindegewebes verschont hat. Am Rande des Geschwürs finden sich inmitten der Leukocyten noch ab und zu einige Epithelialzellen, die dem Verfall widerstanden, dafür aber eine eigentümliche Degeneration durchgemacht haben. Zwei oder mehrere solcher Zellen liegen in einem abgerundeten, homogenisierten Haufen beieinander; die Kerne sind innerhalb dieses Haufens ungleichmäfsig verteilt, blafs und rund oder degeneriert und zerbröckelt. Bei anderen solchen Haufen epithelialer Zellen verhalten sich die Kerne wieder gerade entgegengesetzt, da sind sie proliferiert und vermehrt, in der Zahl von 10—12 und noch mehr vorhanden, so dafs man eine Art Riesenzellen vor sich hat. Unna hat beim Zoster, bei den Varicellen u. s. w. schon eine derartige Degeneration der Epithelzellen beschrieben und hat dieselbe als ballonierende Degeneration bezeichnet.

In den Bindegewebsstückchen, die sich inmitten des Eiterherdes erhalten haben, sowie auch unterhalb des letzteren sind die Bindegewebszellen stark proliferiert und hyperplastisch. Die Gefäfse, sowie die oberflächlichen und tiefen Kapillaren des Geschwürs sind aufserordentlich erweitert und strotzen von vielkernigen weifsen Blutkörperchen, die alle nach oben zum Eiterherd drängen. Wo das Bindegewebe nicht verändert ist, da ist auch überall das elastische Gewebe gut erhalten. — Der Eiterherd ist frei von Eitererregern und nur in den von Epidermis bedeckten Teilen finden sich Schuppen und hin und wieder auch Haufen von Bacillen oder Kokken.

Zusammenfassender Rückblick.

In meinen beiden Fällen hat die Untersuchung des Erythema simplex erosivum der Gesäfsgegend ergeben, dafs es sich dabei um eine ödematöse Schwellung einzelner Schichten oder der ganzen Masse der Epidermis handle. Das Ödem ist ein intracelluläres mit Leloirscher Höhlenbildung;

das intercelluläre Ödem ist verhältnismäfsig nur gering. Diese ödematöse Schicht homogenisiert und verwandelt sich in eine allmählich abblätternde Schuppe, ohne dafs es zu einer Proliferation der unter ihr liegenden Stachelzellen käme; so dafs, wenn die Schuppe sich endlich abgestofsen hat, nur noch wenige Reihen Stachelzellen nachbleiben, die als eine glänzende, stark rote, dünne Epidermis erscheinen. Von beiden Fällen besitze ich Präparate, an denen die Epidermis stellenweise ganz exfoliiert ist, so dafs der Papillarkörper in gröfserer oder kleinerer Ausdehnung freiliegt. Diese gänzliche Exfoliation der Epidermis ist die Ursache für die Entstehung der Erosionen beim Erythema simplex. In einem andern Präparat, das von einer noch nicht erodierten Hautstelle herstammt, kann man beobachten, wie eine solche exfoliierende Schuppe entsteht und wie sich an verschiedenen Stellen derselben Leukocyten ansammeln, die dann zur Bildung von lauter kleinen Krusten Anlafs geben. Auf diese Weise wird die Epidermis an einzelnen Stellen in ihrer ganzen Dicke in Krusten umgewandelt; die letzteren stofsen sich ab und legen das Corpus papillare frei, bedeckt von Leukocytenhaufen: unter der Einwirkung dieser Leukocyten geht schliefslich die einfache Erosion in ein echtes, eiterndes Geschwür über.

In der Cutis bewirkte das Erythema glutaeale erosivum bei meinen beiden Fällen in der Hauptsache eine vasomotorische Störung, bestehend in einer völligen Erweiterung sämtlicher Gefäfse mit starker Hyperämie und Anschoppung der weifsen Blutkörperchen in den meisten der kleinen oberflächlichen Gefäfse. In einem Präparat des ersten Falles fanden wir die leukocytären Thromben innerhalb der Gefäfswände in hyaline Massen umgewandelt; in anderen Präparaten der beiden Fälle dagegen vermifsten wir diese hyaline Umformung. Die gröfseren Gefäfse der mittleren und tiefen Schichten enthielten niemals Ansammlungen weifser Blutkörperchen oder hyaline Thrombosen. Alle Präparate weisen dagegen entzündliche Veränderungen auf, die in einer zunehmenden Proliferation der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen mit Hypertrophie des Protoplasmas, Ödem der Lymphspalten u. s. w. bestanden.

Diese Veränderungen waren am Papillarkörper und an den Papillen schärfer ausgeprägt, besonders aber in der Gegend der Erosionen. Die Erosionen selber waren nicht immer ganz gleichmäfsig; im ersten Fall waren sie nämlich ganz klein und oberflächlich und nur wenig eingesunken, beim zweiten Fall dagegen viel gröfser und zum Teil recht tief eingesunken. Allen Erosionen gemeinsam waren die entzündlichen Vorgänge; bei einigen von ihnen bestand daneben noch eine irritative Wucherung der Bindegewebsfasern an der erodierten Oberfläche der Papillen und des Papillarkörpers nebst einer Neigung zur Granulationsbildung, so dafs die betreffenden kleinen Erosionen hypertrophischer waren und mehr als die

andern hervorragten. Dieser Proliferationsvorgang, den ich an einzelnen kleinen Erosionen zu beobachten Gelegenheit hatte, stellt den ersten Grad der Papelbildung dar und führt im weiteren Fortgang zur Bildung von JACQUETS posterosiven Pseudopapeln; ich kann somit JACQUETS Ansicht über den Ursprung dieser Papeln, wie schon früher betont, nur bestätigen. Als eine weitere Komplikation kann endlich auch noch die sekundäre Eiterung angeführt werden, wie sie an einer Erosion des zweiten Falles zur Beobachtung kam. Die betreffende Erosion hatte sich hier infolge der Eiterung in ein tief eingesunkenes Geschwür verwandelt, das bis zum Grunde des Papillarkörpers reichte und das Gewebe fast ganz zerstört hatte. Keine andere Erosion war mit einer solchen Ansammlung von Leukocyten oder Eiterherden versehen. Diese Vereiterung der einen Erosion darf man aber nicht den Eitererregern zuschreiben, da Staphylokokken nicht vorhanden waren.

Zwischen der Histopathologie des Erythema glutaeale und des Ekzems besteht ein wesentlicher Unterschied, wenn auch beiden das Ödem der Körnerschicht, der Schwund des Keratohyalins, die teilweise Umwandlung der Stachelschicht in Schuppen mit Erhaltung der abgeflachten Kerne gemeinsam ist. Denn beim Ekzem ist das Ödem wesentlich intercellulär, wobei sich häufig mikroskopisch kleine intercelluläre Bläschen bilden; beim Erythem dagegen ist es intracellulär und geht mit Höhlenbildung einher. Auch fehlen beim Erythem sowohl die Morokokken in den Schuppen wie auch die Proliferation der Stachelzellen (Akanthosis). — Die Veränderungen der Cutis sind bei beiden Formen grundverschieden voneinander.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Zur Behandlung des Trippers mit Protargol.

Von

Dr. STARK-Thorn.

„Les extrêmes se touchent", sagt man unwillkürlich nach Durchsicht der beiden die Wirkung des Protargols behandelnden Aufsätze im 3. Hefte des XXVI. Bandes der *Monatsh. f. prakt. Derm.* Man findet dort nämlich zwei ganz entgegengesetzte Ansichten. Auf der einen Seite die für das Protargol geradezu vernichtenden Ausführungen des Dr. IWAN BLOCH, auf der anderen das möglichst günstigste Urteil des Dr. ARTHUR STRAUSS, der das Protargol für ein Specificum beim akuten Tripper hält.

Sollte auch hier, wie in den meisten Fällen, die Wahrheit nicht in der Mitte liegen?

Seit der Empfehlung des Protargols durch NEISSER habe ich das Mittel in ausgiebiger Weise angewandt, doch kann ich nur über 19 Fälle berichten, da nur so viel Patienten vom Beginn der Erkrankung an bis zur endgültigen Heilung in meiner Behandlung geblieben sind und somit genügend beobachtet werden konnten.

Bevor ich an die Beschreibung der Fälle herantrete, will ich erwähnen, dafs ich den Tripper für geheilt betrachte, wenn kein Ausfluſs mehr vorhanden ist, und in dem klaren Urin eventuell einzelne Fädchen schwimmen, die aus Schleim und Epithelien bestehen oder schlimmsten Falls einzelne versprengte Leukocyten aufweisen. Was die Technik der Injektionen anbelangt, so wurden dieselben dreimal täglich vorgenommen; bei der ersten und zweiten Einspritzung blieb die Lösung 5 Minuten, bei der dritten 15 Minuten in der Harnröhre.

Es würde wohl zu weit führen, wenn ich hier die sämtlichen Krankengeschichten ausführlich besprechen wollte; ich werde mich deswegen damit begnügen, die Fälle gruppenweise zu ordnen und mit einigen Worten zu erläutern.

I. Gruppe.

Sieben Fälle von akutem Tripper der Pars anterior.

In allen sieben Fällen verschwanden die Gonokokken definitiv nach Verbrauch von 200 g einer $^1/_2$ %igen Protargollösung; der Ausfluſs sistierte teils vollkommen, teils nahm er bedeutend ab. Es wurden alsdann noch 200 g einer 1%igen Protargollösung verbraucht. In den spärlichen Urinflocken: Schleim, Epithelien und Leukocyten. In sechs Fällen bestand die Nachbehandlung in Einspritzungen mit Zink oder Wismut, in einem Falle trat ohne jede weitere Medikation die Heilung ein.

II. Gruppe.

Fünf Fälle von akutem Tripper der Pars anterior.

Nach Verbrauch von 200 g $^1/_2$%igen Protargols ist der Ausfluſs etwas geringer, Gonokokken jedoch noch nachweisbar. Nach weiterem Verbrauch von 200 g 1%igem Protargol verschwinden die Gonokokken in vier Fällen, in einem Fall tritt dies erst ein paar Tage später ein. Es wurden hierauf noch 200 g einer 1%igen Lösung verbraucht und alsdann die endgültige Heilung mit Zink- und Wismuteinspritzungen erzielt.

III. Gruppe.

Zwei Fälle von akutem Tripper der Pars anterior.

Beiden Patienten verordnete ich Einspritzungen mit $^1/_2$%igem Protargol. Den einen von ihnen sah ich nach fünf, den andern nach sechs Wochen wieder. Beide spritzten die ganze Zeit hindurch die ihnen verschriebene Protargollösung ein und stellten sich deswegen wieder vor, weil im Urin immer noch Filamente vorhanden waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Urinflocken lediglich aus Schleim und Epithelien bestanden. Nach Aussetzen der Einspritzung trat vollkommene Heilung ein.

IV. Gruppe.

Vier Fälle von subakutem Tripper der Pars anterior und posterior.

Alle vier Fälle gelangten in meine Behandlung 2—3 Wochen nach der Infektion mit ausgesprochenen Symptomen der Blennorrhoea posterior. Bis dahin sind die Patienten mit Protargol noch nicht behandelt worden. Die Behandlung bestand in Guyonschen Instillationen mit 3—4% Protargol, die jeden dritten Tag wiederholt wurden; aufserdem spritzten die Patienten dreimal täglich ½—1% Protargol ein. Bei zwei Injektionen blieb die Lösung fünf, bei der dritten 30 Minuten in der Harnröhre. In einem dieser Fälle trat bereits nach zehn Tagen die Heilung der Pars posterior ein; nach Verlauf von drei Wochen konnte ich den Patienten als gesund entlassen. Die übrigen drei Patienten bedurften zur Heilung der Pars posterior 2—3 Wochen, der Pars anterior ungefähr dieselbe Zeit.

V. Gruppe.

Ein Fall von akutem Tripper der Pars anterior.

Patient erschien vier Tage nach der Infektion. Einspritzung mit ½% Protargol. Nach sechs Tagen ist der Ausfluſs etwas geringer, doch Gonokokken nachweisbar. Weitere Injektion mit Protargol 1%. Derselbe Befund. Nachdem Patient noch zwei Wochen mit Protargol 1% ohne den gewünschten Erfolg gespritzt hatte, indem Gonokokken in fast unverminderter Zahl nachgewiesen werden konnten, und der Ausfluſs nicht nachliefs, verordnete ich Einspritzungen mit Ichthyol 1% mit sehr günstigem Resultat; nach zwei Wochen Gonokokken verschwunden, nach weiteren zwei Wochen Heilung.

Der letzte Fall ist bis jetzt der einzige, in dem mich das Protargol im Stiche gelassen hat, doch es giebt wohl kaum ein Medikament, bei dessen Anwendung man nicht auf Fälle stöſst, die sich dem betreffenden Mittel gegenüber refraktär verhalten. Den eventuellen Einwand, daſs ich nicht lange genug das Mittel angewandt habe, würde ich aus praktischen Gründen als unhaltbar zurückweisen.

Betrachtet man die anderen 18 Fälle, so ergiebt sich ein für die Wirkung des Protargols recht günstiges Resultat. Vor allem kommt in den Fällen der ersten und zweiten Gruppe die stark gonokokkentötende Eigenschaft des Protargols zur Geltung. Letztere möchte ich ganz besonders hervorheben. So lange wir uns zu der Ansicht bekennen, daſs die Gonokokken, und zwar nur sie allein, die Ursache des Trippers sind, müssen wir in jedem Falle bestrebt sein, dieselben so bald wie möglich zu vernichten. An diesem Prinzip müssen wir festhalten, denn dazu zwingt uns nicht nur das logische Denken, sondern auch die praktische Erfahrung. Alltäglich können wir uns davon überzeugen, daſs solange Gonokokken in dem Sekret vorhanden sind, an eine Heilung des Trippers nicht zu denken ist, und daſs erst die definitive Beseitigung derselben den Patienten der endgültigen Sanation entgegenführt.

Allerdings hieſse es, den Teufel mit dem Belzebub vertreiben, wenn wir solche Mittel anwenden wollten, die zwar die Gonokokken töten, gleichzeitig jedoch die Entzündung steigern und damit die Schleimhaut

in hohem Maſse schädigen. Doch dies kann leicht umgangen werden, wenn man Mittel wie das Protargol anwendet, welches keine reizenden Eigenschaften besitzt, im Gegenteil entzündungswidrig wirkt. Ein gutes Beispiel für diese antiphlogistische Wirkung des Protargols sind meine in Gruppe III verzeichneten Fälle, in welchen bei alleinigem anhaltendem Gebrauch des Protargols sowohl die Gonokokken verschwanden, als auch die Urethritis vollkommen ausheilte.

Bezüglich der in Gruppe IV angeführten Fälle will ich bemerken, daſs ich mich davon überzeugen konnte, daſs bei der prolongierten Injektion von 30 Minuten der Sphinkter nachgiebt und eine „Berieselung" der Pars posterior zustande kommt. Allerdings geschieht dies nicht bei jeder Einspritzung.

Noch ein Moment möchte ich nicht unerwähnt lassen. Unter den 17 Fällen des akuten Trippers, die ich mit Protargol behandelte, habe ich kein einziges Mal das Übergreifen des Prozesses auf die Pars posterior beobachtet. Vergleiche ich damit die letzten 17 Fälle des akuten Trippers aus der Zeit, wo ich das Protargol noch nicht in Anwendung brachte, so erhalte ich ein bedeutend ungünstigeres Resultat, denn in fünf dieser Fälle entwickelte sich während meiner Behandlung die Blennorrhoea posterior. Man kann ja zwar hieraus keinen sicheren Schluſs ziehen, aber jedenfalls hat es den Anschein, als ob das Protargol auch nach dieser Richtung hin eine günstige Wirkung entfaltete.

Fasse ich nun meine mit dem Protargol gemachten Erfahrungen zusammen, so möchte ich dasselbe zwar nicht ein Specificum beim Tripper nennen, doch ich halte mich für berechtigt, das Protargol für ein vorzügliches Antiblennorrhoicum zu erklären.

Nachtrag zu meinem Aufsatz über Sandelholzöl.

Von

Dr. Iwan Bloch-Berlin.

Leider habe ich erst nach Abschluſs meiner Arbeit über das Sandelholzöl den schönen Vortrag von M. Mendelsohn („Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege" *Berl. klin. Wochenschr.* 1898, No. 3) einsehen können. Mendelsohn glaubt weder an eine antiparasitäre noch an eine adstringierende Wirkung der Balsamica. Ich glaube aber, daſs eine adstringierende Wirkung sich viel eher mit der

auch von MENDELSOHN hervorgehobenen grofsen Verdünnung verträgt als eine antiseptische. Diese letztere ist für ihn ebenfalls unannehmbar. Er sagt, dafs die Balsamica oder „ihre wirksamen Bestandteile in den Harn übergehen und in diesem zur Wirkung zu kommen vermögen, eine Wirkung, die jedoch keineswegs etwa als eine baktericide, eine die Ursachen der Erkrankung angreifende angesehen werden darf, sondern vielmehr wohl in einer direkten günstigen Beeinflussung der Zellen zu suchen ist, welche dadurch befähigt werden, des schädlichen Agens Herr zu werden". Auch üben diese Medikamente bei katarrhalischen Zuständen der Harnwege, die auf keiner Infektion beruhen, gleiche Wirkung aus. Daher bezeichnet MENDELSOHN diese Einwirkung als „antikatarrhalische". Diese „günstige Einwirkung auf die erkrankten Gewebe" selbst ist m. E. zum grofsen Teil eine indirekte durch Verhinderung der Zersetzung des Harns.

Auch MENDELSOHN zieht das Sandelholzöl allen anderen Medikamenten vor, auch er giebt lange Zeit hindurch täglich 3,0 und hat nur selten Nebenwirkungen gesehen. Er berücksichtigt leider nicht die vielen Verfälschungen des Mittels; sonst würden diese Nebenwirkungen von ihm nicht beobachtet sein. Ich wiederhole nochmals, dafs ich in jetzt 32 Fällen bei langdauernder Medikation niemals Nebenwirkungen gesehen habe. (Die angebliche Albuminurie ist eben keine.)

Eben jetzt habe ich einen Fall von frischer Blennorrhoe im subakuten Stadium ohne vorherige Injektionen nur mit Oleum Santali behandelt, mit glänzendem Erfolge! Jetzt, nach zehn Tagen der Medikation, ist der Urin klar, der Ausflufs geschwunden und mit diesem die zahlreich vorhanden gewesenen Gonokokken. Ich werde diesen Fall noch mehrere Wochen beobachten sowie andere mir zugehende Fälle in gleicher Weise behandeln und später darüber berichten. FINGERS Warnung vor der zu frühzeitigen lokalen Therapie (l. c. pag. 142) ist nur zu berechtigt. Wir kommen mit konservativer Behandlung weiter, als wir früher glaubten. Versuche in dieser Richtung sind dringend angezeigt und seien hiermit den Kollegen warm empfohlen.

Aus der Praxis.

Verschlufsapparat für die Harnröhre zum Zwecke von Verweilinjektionen.

Von

Dr. Eduard Schiff-Wien.

Prof. Neisser, welcher schon so viele wertvolle Beiträge zur Therapie der venerischen Erkrankungen geliefert, hat vor einiger Zeit ein Verfahren angegeben, nach welchem er eine neue Methode bei Behandlung der akuten Blennorrhoe vorschlägt.[1] Neben einem neuen in die Therapie

eingeführten Medikament, dem Protargol, verlängert N. die Einwirkungsdauer auf die Schleimhaut der Urethra, die er bis 30 Minuten währen lassen will. Um diesen Zweck zu erreichen, läfst N. die Patienten die Injektion mehrmals hintereinander vornehmen, mit der Anweisung, die Injektionsflüssigkeit 5—10 Minuten in der Urethra zu belassen. Er bemerkt jedoch hierbei, dafs ein Verweilen der Injektionsflüssigkeit bis zu 30 Minuten ohne Unterbrechung entschieden von gröfserem Vorteil wäre. Ich habe mich in vielen Fällen von der Richtigkeit dieser Angaben überzeugt, die ich vollkommen bestätigen kann. Aber ein grofser Übelstand für Patienten, Arzt oder Wärterin besteht darin, die Harnröhrenmündung eine so lange Zeit zuzuhalten, was ja nur mit Daumen und Zeigefinger

[1] *Dermatologisches Centralblatt.* 1897. No. 1.

geschehen kann, wobei diese Thätigkeit leicht erlahmt und nachläfst. Um diesem Übelstande abzuhelfen, bemühte ich mich, einen Apparat zu ersinnen, der nach dem Prinzipe der TRENDELENBURGschen Kanüle für die Luftröhre im stande wäre, nach vorgenommener Injektion die Harnröhrenmündung derart zu verschliefsen, dafs die Injektionsflüssigkeit in der Urethra zurückgehalten wird und nicht ausfliefsen kann. Der hiesige rühmlichst bekannte Instrumentenfabrikant Leiter kam meiner Idee wirksam zu Hülfe und ich gebe vorstehend eine Zeichnung dieses Injektors à demeure, aus welcher nebst der dazu gehörigen Erklärung die Anwendung deutlich ersichtlich ist.

Beschreibung und Gebrauchsanweisung.

a. Aufzublasende Gummiblase.
b. Schirm für die Befestigung am Gliede.
c. Schlauchansatz für die Spritze oder Irrigator.
d. Ballon für die Luftzufuhr in die Gummiblase *a*.
e. Quetschhahn zur Verhinderung des Luftrücktritts.

Nachdem die Gummiblase *a* in das Orificium urethrae externum eingeführt ist, fixiert man mittelst eines Bandes auf den Schirm *b* den Apparat an das Glied. Man drückt den Quetschhahn *e* zusammen, um mittelst des Ballons die Gummiblase *a* entsprechend mit Luft zu blähen. Ist dies geschehen, lasse man den Quetschhahn aus, wodurch verhindert wird, dafs die in der Gummiblase befindliche Luft zurückweichen kann. Sodann setze man an den Gummischlauch *c* die Spritze an und mache die entsprechende Injektion. Nach genügendem Verweilen der Injektion in der Harnröhre lasse man die Luft durch Drücken des Quetschhahnes austreten, wonach man den Apparat entfernt und die Injektion ablaufen kann.

Feuilleton.

Das Hospital Saint-Louis zu Paris und die französische dermatologische Schule.

Von

Dr. med. F. E. HOPF,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden.

(Schlufs.)

Doch wenden wir uns von den Consultations und der Therapie unserer Pariser Kollegen zu etwas Anderem — zu dem berühmten Musée Baretta, dieser einzig auf der Welt dastehenden Sammlung formvollendeter Nachbildungen aller denkbaren Krankheiten der menschlichen Haut in

Wachs. Welches Dermatologen Herz schlägt nicht schneller bei dieser Erinnerung? Wer in der glücklichen Lage war, hier seine Studien treiben zu können, der wird zeitlebens an der Fülle der wissenschaftlichen Anregungen zehren, die er da empfangen hat.

Die Gründung des Museums geht auf DEVERGIE zurück, den ehemaligen Präsidenten der Académie de médecine, der im Jahre 1865 nach 25jähriger Thätigkeit im Hospital Saint-Louis von seinem Lehramt zurücktrat, unfreiwillig im Vollbesitz seiner Kräfte gemäfs den Vorschriften über die Altersgrenze. DEVERGIE stiftete damals den Grundstock zu der zukünftigen herrlichen Sammlung in einer Anzahl von Aquarellen, die ihm zu Unterrichtszwecken gedient hatten und die Typen aller Dermatosen darstellten. Erst LAILLER war es, der durch die Entdeckung BARETTAS die entscheidende That vollbrachte. Er fügte 26 ältere Wachsmoulagen zu der DEVERGIEschen Sammlung. BAZIN schlofs sich mit 12 weiteren aus seinem Privatbesitz an und HARDY schenkte eine Anzahl photographischer Darstellungen. Die Wachsbildnisse regten nun den Wunsch an, noch mehr derartige Moulagen herzustellen, da aber der Verfertiger der alten Piecen aufser Landes gegangen war, stand man ratlos da, denn niemand war im stande, solche spezielle Kunstwerke herzustellen. LAILLER gelang es endlich nach langer mühevoller Suche den jungen BARETTA zu finden, der damals Früchte aus Steinpappe herstellte. Mit künstlerischem Talent arbeitete sich dieser Mann in das ihm völlig neue Gebiet ein, und aus seinen Schöpfungen besteht zum gröfsten Teil heute das Museum. Neben BARETTA war in der ersten Zeit als photographischer Künstler Dr. DE MONTMÉJA thätig, der auch für HARDYS bekannten Atlas die Abbildungen fertigte.

Bald wuchs die Zahl der Moulagen mehr und mehr mit immer steigender Vollkommenheit der Ausführung.

Als FOURNIER im Jahre 1876 von der Fakultät zum Professor der Dermatologie ernannt vom Hôpital de Lourcine nach Saint-Louis übersiedelte und 400 von JUMELIN gefertigte Moulagen dem Museum einverleibte, als ferner PÉAN, der berühmte Chirurg, der bis vor zwei Jahrzehnten Abteilungsvorstand von Saint-Louis war, auch seine ebenfalls von BARETTA herrührende, mehrere Hundert Piecen umfassende Sammlung hinzufügte, da genügten die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten nicht mehr entfernt zur Aufstellung. Zur Zeit der 78er Weltausstellung wurde die ganze Sammlung auf LAILLERS Vorschlag in einem der grofsen Krankensäle des Pavillon Bazin interimistisch aufgestellt, um sie den Blicken der durchreisenden fremden Ärzte zugänglich zu machen, nachdem vorher die kostbaren Präparate in grofse Kisten hatten untergebracht werden müssen.

Erst in den Jahren 1882—85, nach vielen Mühen, erstand das von mir anfangs genannte Gebäude, in dem jetzt Museum, Bibliothek, Kon-

sultations-, Warte- und Geschäftsräume sich befinden. Im Treppenhaus begrüfst den Eintretenden die Büste Laillers, des Organisators des Museums, von hohem Sockel herab.

Dort im ersten Stock befindet sich der grofse Saal, in dem die kostbare Sammlung ihr Heim gefunden hat. Von oben und von drei Seiten erhält er sein Licht, das für den ersten Blick scheinbar genügend auf die grofsen Schränke hereinflutet, hinter deren Scheiben die Wachsbilder aufgehängt sind. Die Schränke nehmen zwei Etagen ein, zur Galerie führen vier Wendeltreppen. Fufsböden und Galerien sind mit Matten belegt, die den Schall der Tritte auffangen. Lautes Sprechen ist verboten. Leider bietet nach meinen Erfahrungen der Bau trotz der reichlichen Anzahl der Fenster nicht genug Licht für die bequeme Betrachtung aller Piecen. Das Oberlicht ist genügend, auch der untere Teil der Wände läfst durch mächtige Scheiben genug Tageslicht herein, doch sind die Schränke der oberen Galerie auf den drei Aufsenseiten nur mangelhaft beleuchtet. Es wird allgemein zugegeben, dafs beim Bau hier ein Fehler begangen worden ist.

Man findet im Musée Saint-Louis, das jetzt ca. 3000 Moulagen aufweist, nicht nur die alltäglich vorkommenden Hautkrankheiten modelliert, sondern in der Überzahl die seltensten Dermatosen in allen bisher beobachteten Variationen. Der Arzt, der sich mit allgemeiner Praxis beschäftigt, sowie derjenige, der den ersten Blick in die Dermatologie thut, hat sicher von den Sammlungen einen viel geringeren Vorteil als der Dermatologe. Denn die typischen Bilder, die Schulfälle, verschwinden unter dem Überflufs der Varietäten. Für uns Deutsche ist die Sitte frappierend, dafs jeder Arzt, von dessen Service eine Affektion modelliert worden ist, dem betreffenden Stück auch seine eigene Diagnose giebt, vielfach ganz neue Signifikationen, während man bei uns ja im allgemeinen bestrebt ist, das betreffende Krankheitsbild in eine bestimmte Gruppe zu rubrizieren. Ist das auf der einen Seite ein scheinbarer Mangel, so bedeutet es auf der anderen doch wiederum einen Vorteil: die Diagnose macht auch sofort auf alle Symptome von Wert aufmerksam.

Alle Modelle sind von frappierender Naturtreue. Mit Recht sagt Unna von ihnen, dafs man versucht sei, Fragen an sie zu stellen. „Es fehlte nur noch, dafs sie sprächen.“

Die Technik des Gieſsens der Barettaschen Präparate scheint mir bis jetzt von keinem Modelleur der Welt erreicht zu sein. (Immerhin möchte ich an dieser Stelle den Künstler erwähnen, der Prof. Lassar in Berlin zur Seite steht, und dem wir die gröfste Moulagensammlung, die sich auf deutschem Boden befindet, verdanken.)

Baretta fertigt übrigens von vielen Fällen Doubletten an und versorgt so mit Genehmigung der französischen Behörden die dermatologischen

Kliniken des In- und Auslandes mit seinen Meisterwerken — ein schwacher Ersatz für einen einzigen Tag vor den Schränken des Barretta-schen Museums.

Gerade der Umstand ist so aufserordentlich nutzbringend, wie nirgends anderwärts, für das Studium der Hautkrankheiten, dafs die öffentliche Poliklinik für ambulante Behandlung in demselben Gebäude abgehalten wird, in dem das Museum und die später zu erwähnende Bibliothek untergebracht sind.

Den seltenen Fall, den der Student oder Arzt eben in der Konsultation gesehen, über den er die Ansicht des Professors oder Abteilungsvorstands beziehentlich die gegenteilige der Kollegen vernommen hat, kann er nach Beendigung der poliklinischen Stunden im Museum oben wieder aufsuchen, ihn mit ähnlichen Dermatosen differentialdiagnostisch vergleichen und sich dabei aus der nebenan liegenden Bibliothek die betreffende Litteratur herzuholen. Es ist dies eine Vielseitigkeit der Unterrichtsmittel, wie sie auf dem Gebiet unserer Spezialdisziplin nirgends in der Welt sich wieder vorfindet. Man findet infolgedessen vor den lehrreichen Schränken die Studenten, zum Teil mit ihren Lehrbüchern, die fremden Kollegen über diesen und jenen Fall leise disputierend; die Abteilungschefs suchen eifrig die Moulagen zusammen, die sie für die nächste Vorlesung benötigen. Hier hört man alle Sprachen der civilisierten Erde — oder vielmehr man hört sie nicht, denn alles atmet tiefen wissenschaftlichen Frieden und tiefste Ruhe. Hier wurde 1889 der internationale Dermatologenkongrefs abgehalten. Wo hätte man einen würdigeren Platz finden können!

Von dem Museum gelangt man durch je eine kleine Thür in den Bibliothekraum und auf der anderen Seite in den Konferenzsaal, in dem die monatlichen Sitzungen der französischen dermatologischen Gesellschaft und manche Vorlesungen abgehalten werden. Hier bei den Sitzungen ist auch die einzige Gelegenheit geboten, den Altmeister der französischen Dermatologie zu sehen und zu hören — Ernest Besnier; er führt den Vorsitz, greift auch oft in die Debatte ein, während er seine Stelle als Chef de Service von Saint-Louis seit mehreren Jahren aufgegeben hat. Auch hier wiederum zeigt sich die Wohlthat der Nähe der Moulagensammlung. In der Diskussion lassen sich die Gegner durch den Diener die betreffenden Piecen bringen, an der Hand deren sie diesem oder jenem umstrittenen Punkte beweiskräftige Gültigkeit verleihen wollen. Und debattiert wird stets in Paris, aber mit unvergleichlicher Eleganz, ohne dafs nur einmal das persönliche Gebiet berührt würde. C'est la politesse française.

Der Wunsch, die kostbaren Schätze des Musée Saint-Louis auch dem grofsen Publikum der Ärzte zugänglich zu machen, hat dazu geführt, einen

Atlas der Pariser Moulagen herauszugeben. Die Edition erfolgte erst vor einigen Jahren. Und man mufs sagen: Wenn überhaupt solche plastische Kunstwerke durch farbige Bilder ersetzt werden können, so ist es bei diesem Atlas gelungen, der in Leipzig bei Barth in deutscher Ausgabe erschienen ist.

Die Bibliothek des Hospitals Saint-Louis, im Jahre 1887 gegründet, bildet heute schon nach elfjährigem Bestand die prächtigste Sammlung dermatologischer Litteratur. Sie umfafst die alten und modernen Erscheinungen in französischer, deutscher und englischer Sprache auf dermatologischem Gebiet sowie die Hauptwerke der allgemeinen Medizin. Die Bibliothek ist das ureigenste Werk des beim vorjährigen Pariser Bazarbrande in so beklagenswerter Weise ums Leben gekommenen Henri Feulard, der auch als erster Konservator der Bibliothek und des Museums fungierte und auf dessen Anregung die sämtlichen an Saint-Louis thätigen Ärzte durch Bücher und Geldspenden, zu denen noch behördliche Zuwendungen traten, den Grundstock lieferten. Die Bibliothek trägt heute den Namen „Bibliothèque Henri Feulard" und erhält, wie das Museum, eine jährliche Subvention von der Stadt Paris.

In einer Stadt, wo die wissenschaftlichen Institute sich so weitgehender Unterstützung seitens der Behörde erfreuen, besonders in Saint-Louis, dem kein Chef der Assistance Publique jemals die Quelle der öffentlichen Zuschüsse verschlossen hat, das erst neuerdings wieder im Sabouraudschen Laboratorium und den Écoles des Teigneux so wertvolle, prächtige Erweiterungen erfahren hat, ist es doppelt zu verwundern, dafs die Verhältnisse des Seciersaales ganz klägliche sind. Ein kleiner, niedriger Raum, auf dessen Dach die südliche Sonne brennt, dafs die Luft im Innern unerträglich wird, mit Seciertischen ohne Wasserspülung.

Ich kann es nicht unterlassen, in diesen Zeilen, die vielleicht der Pariser Medizinalbehörde vor Augen kommen werden, den Wunsch auszusprechen, dafs für das Hospital Saint-Louis, in dem jährlich über 400 Todesfälle vorkommen, doch auch ein seiner sonstigen Vollkommenheit würdiger Seciersaal errichtet werden möge. —

Werfen wir noch zum Schlufs einen Blick auf die Versammlung der Träger jener glänzenden Namen, die in den Annalen des Hospitals vom Heiligen Ludwig mit goldener Schrift eingegraben sind, lassen wir im Geist die grofsen Männer an uns vorüberziehen, die nicht nur für die Dermatologie Ersprieſsliches leisteten, sondern die auch auf dem Gebiet der allgemeinen Medizin mit Erfolg und Anerkennung gewirkt haben.

Wenn wir bis zum Beginn unseres Säculums zurückgehen, so finden wir die Lehre von den Krankheiten der Haut in einem Mann von seltenen Eigenschaften verkörpert — in Alibert.

Zur damaligen Zeit, wo in Saint-Louis neben der speziellen Dermato-

therapeutik die Behandlung aller chronischen Krankheiten erfolgte, spielten eine Hauptrolle die Geschwüre. Ätiologische Momente fanden bei der Therapie keine Berücksichtigung. Luetische und tuberkulöse Ulcerationen, solche mechanischer Natur oder kachektischen Charakters — alles wurde in einen Topf geworfen, und der fehlenden Differentialdiagnose folgte die schematische gleichartige Behandlung dieser so verschiedenartigen Krankheitsprozesse als ihr Schatten. Da war es Alibert, der hier Wandel schaffte. Nach dem Vorgange de Jussieus, der damals seine *Classification botanique* veröffentlicht hatte, versuchte Alibert die Hautkrankheiten nach ihren natürlichen Verwandtschaftsgraden, nach Dauer des Verlaufs, äufseren Symptomen und Behandlungsweise zu ordnen. So brachte er auch in das Gebiet von den Geschwüren Klarheit und stellte für die verschiedenen Ursachen entscheidende Merkmale auf. Gemäfs dieser Differenzierung brachte er auch in die Therapie eine sinngemäfse Scheidung. Nicht nur durch seine mündliche Lehrthätigkeit, sondern auch litterarisch suchte er die Lehre von den Dermatosen dem Publikum seiner Kollegen in Frankreich interessant zu machen und ihre Wichtigkeit ihnen vor Augen zu führen. Sein Hauptwerk ist der *Traité des dermatoses*, dessen letzte Auflage 1832 erschien, und den man noch heute mit Nutzen nachschlägt. Das Markanteste war jedoch die Persönlichkeit des grofsen Mannes selbst und seine Art zu lehren. Als ehemaliger Student der schönen Künste besafs Alibert eine glänzende Beredtsamkeit, die seiner Lehrmethode das Gepräge klassischer Vortragskunst aufdrückte. Seine immer wiederkehrende Lieblingsidee war der Arbre des dermatoses, dessen Stamm die Haut verkörperte, während die Äste die Krankheitsfamilien, die Zweige die Arten und die Blätter die Varietäten darstellten. Auf seiner Abteilung hatte er einmal pro Woche Generalvisite, im übrigen aber pflegte er sich nur um diejenigen Patienten zu kümmern, über deren Krankheitsformen er gerade in seinem Werke schrieb. So beachtete er nach Berichten eines Augenzeugen im Jahre 1806 nur die Herpetischen, und als er im folgenden Jahre zum Kapitel Ulcera phagedaenica et scabies kam, — Zusammenstellungen, die uns heute unfafslich erscheinen —, traten die daran Leidenden in den Vordergrund seines Interesses, während die anderen ihre Rolle ausgespielt hatten. Wie gut, dafs es damals noch nicht so viele Kapitel in den Lehrbüchern von den Hautkrankheiten gab!

Alle diese Umstände, ferner die von ihm ernsthaft betriebene Methode der Schädelpalpation und Physiognomik bei verschiedenen Hautaffektionen, die übergrofse Neigung zu Witzeleien und die beinahe krankhafte Verwendung der Idee vom Arbre des dermatoses waren die Ursachen, die seiner Disziplin allmählich einen Stich ins Komische verliehen, sodafs sich der Zulauf der Studierenden einem neuen Manne zuwandte, dessen

Ruf den Glorienschein des alten, immerhin hochverdientem Meisters verdunkeln sollte. — — Das war Biett.

Obwohl Schüler Alibert's, hatte er doch die hauptsächlichste Ausbildung in England genossen, wo damals Willan und sein Schüler Bateman eine Glanzperiode dermatologischer Erkenntnis eingeleitet hatten. Die scharfumrissene, objektive Schilderung der Krankheitsbilder, die neue ebenso bestimmte Therapie auf allen Gebieten der Dermatopathologie und nicht zuletzt die vereinfachte sinngemäfse Nomenklatur machten Biett sofort zu einem Anhänger der neuen Lehre, sodafs sich bald in Saint-Louis zwei Disziplinen wie feindliche Brüder gegenüberstanden. Der talentvolle Biett gruppierte die Hautkrankheiten, die Alibert nach Ähnlichkeit und gemutmafster Natur und Verwandtschaft geordnet hatte, nach den anatomischen Elementarläsionen. Dadurch und durch die knappe Beschreibung der Symptome und des objektiven Befundes wurde auch die Leichtigkeit der Diagnosenstellung gefördert. Biett verbesserte auch die Therapie; in den Arzneischatz des Dermatologen führte er den Arsenik für chronische Dermatosen ein, auch wandte er zuerst die Proto- und Deuterojoduretpräparate bei Lues an. Die Studenten zogen bald die zwar weniger geistsprühenden, aber lehrreichen Vorlesungen Biett's den jeder exakten Beschreibung abholden, sich in Metaphern und Vergleichen bewegenden, dabei Nebensächliches hervorhebenden Vorträgen Alibert's vor, und wie Hardy bemerkt, ging man zum Amüsement unter die Linden zu Alibert, zum Lernen aber zu Biett in den Pavillon Mathieu. Litterarisch war Biett weniger thätig. Seine Vorlesungen wurden von seinen Schülern Cazenave und Schedel gesammelt und 1828 veröffentlicht; sie können wohl als wie sein eigenstes Werk angesehen werden.

Gleichzeitig mit den erwähnten Männern waren an Saint-Louis noch Lugol, Manry und Emery thätig. Über letztere beiden ist wenig zu berichten.

Über Lugol jedoch möchte ich noch einige Worte sagen. Die Hauptzeit seines Lebens widmete dieser ja allbekannte Mann der Erforschung und Behandlung der Scrophulose. Er war einer der ersten, die der damals verbreiteten Lehre Broussais, dafs jede Krankheit auf einer Entzündung beruhe, entgegentrat, indem er die Scrophulösen aller Kategorien, deren Leiden als Prototyp der Entzündung galt, nicht mit den entzündungswidrigen Aderlässen und knapper Diät behandelte, sondern kräftig ernährte und ihnen Luft und Sonne in genügendem Mafse zuführte. Ein Hauptzug seiner ärztlichen Kunst war das Bestreben, womöglich jedes Glied vor dem Messer des Chirurgen zu bewahren — ein extremer Konservativismus. Durch die Einführung der Jodpräparate in die Therapie der Scrophulose hat sich Lugol einen unsterblichen Namen gemacht, er stellte übrigens auch als erster die Erblichkeit der Scrophulose fest und ging darin soweit, zu behaupten, dafs wenn in einer Familie

bei Gesundheit beider Eltern und günstigen Allgemeinverhältnissen ein Kind scrophulös wäre, dann sicherlich die Mutter sich nicht auf den ehelichen Verkehr beschränkt habe.

Über die therapeutischen Erfolge von damals auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und die Behandlungsdauer geben Berichte vom Anfang des Jahrhunderts interessante Aufschlüsse. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Hospitalverpflegung betrug 145 Tage, also ca. 5 Monate. Die niedrigste Zahl im Mittel weisen die Männer mit 80 Tagen auf, dann folgen die Knaben mit 87, die Frauen mit 147 Tagen, und die höchsten Zahlen erreichen die Mädchen mit 260 Tagen, also ca. $^3/_4$ Jahr. Wenn man allerdings erwägt, dafs bei den unter dem damaligen Sammelnamen Tinea vereinigten Krankheiten des behaarten Kopfes der letztere mit einer Masse umgeben wurde, die zu Kleister erstarrte, worauf letzterer mit allen anhängenden Haaren und auch zuweilen Fetzen der Kopfhaut abgezogen wurde, als sei das Ganze eine Perrücke, dann kann man eine Erklärung für die lange Dauer der Spitalsbehandlung finden, die oft schlimmere Folgezustände schuf als der ursprüngliche Krankheitsprozefs.

Auch von den hygienischen Zuständen in jener Zeit läfst sich manches berichten, was uns zwar heute ein Lächeln entlockt, aber für die damals Kranken eine Quelle schwerer Gefahren bedeutete. Abgesehen davon, dafs die Belegung der Säle eine viel zu dichte war, dafs im oberen Stockwerk in der Winterzeit die langen Säle durch zwei an den Enden stehende Öfen nur spärlich erwärmt wurden, da vom Dache her stets frische Luft hereindrang, waren die Stationen der Männer und der Weiber nur durch ein hölzernes Gitter getrennt, dessen Thür nie verschlossen war. Dafs die Moral und die Gesundheit hierdurch nicht gefördert wurde, liegt auf der Hand, zumal die Patienten mit den verschiedensten Leiden promiscue verteilt lagen, der Luetische neben dem Tuberkulösen, Erysipele neben Favuskranken u. s. w. Nur in einem Punkte hatte man hygienisch wirken wollen, nämlich in der Anlage der Fufsböden, die aus Ziegeln hergestellt waren, der besseren Reinigung wegen. Dafs das gerade empfehlenswert gewesen sei, möchten wir bezweifeln, jedenfalls konnte es nicht die anderen Mängel aufwiegen.

Doch kehren wir nach dieser Abschweifung zu den Dermatologen von Saint-Louis zurück. Wir waren bei Biett stehen geblieben. Betts ausgezeichnete Schüler waren Cazenave und Gibert, von 1836—67, bezw. 1840—63 an Saint-Louis thätig, während aus der Abteilung des mit Lugol gleichalterigen Manry Bazin hervorging. Als Nachfolger Lugols ist zu erwähnen der bekannte Hardy, von 1851—76 Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Ich kann auf die wissenschaftlichen Leistungen dieser Männer wie ihrer Nachfolger nicht genauer eingehen, sondern werde mich darauf beschränken, ihre Hauptverdienste kurz zu streifen.

An den Namen Cazenave, den noch heute ein Saal unseres Spitals trägt, knüpfen sich die Signifikationen des Pemphigus foliaceus, des Herpes tonsurans und des Lupus erythematosus, also dreier wichtigen Dermatosen. Cazenave war es, dem das blätterteigartige Bild gewisser Pemphigusarten den Namen foliaceus nach den feuilles des Blätterteiges zuerst aufdrängte, der ferner bei den bis dahin unter dem Namen Porrigo scutulata und Tinea tondens segelnden Affektionen des behaarten Kopfes die Anwesenheit kleiner Bläschen konstatierte, was ihn zu der Benennung Herpes tonsurans führte. Ebenso erkannte Cazenave als einer der ersten den Zusammenhang zwischen den seborrhoischen Prozessen und dem von ihm sogenannten Lupus erythematosus.

Giberts Name ist durch die nach ihm benannte heifsumstrittene Hautaffektion der Vergessenheit entrissen, deren Identität mit dem Herpes tonsurans maculosus der Wiener Schule Kaposi noch heute behauptet, während aller Wahrscheinlichkeit nach eine Verwandtschaft der Gibertschen Affektion mit dem von Unna aufgestellten vermutlich parasitären Eccema seborrhoicum besteht. Gibert beschrieb auch im Herpes phlyctaenodes zusammen mit Bazin eine neue, wohl ins Gebiet des Pemphigus bezw. der Duhringschen Krankheit fallende Dermatose.

An Devergie, den Médecin honoraire von Saint-Louis erinnert die Pityriasis rubra, die später Pityriasis rubra pilaris Besniers, auch zuweilen Devergiesche Krankheit genannt, ferner der Pemphigus diutinus haemorrhagicus und der Pemphigus compositus. Die Beobachtung des Auftretens von Carcinomen auf lupöser Grundlage verdanken wir ihm ebenfalls. Auch geht auf ihn, wie oben erwähnt, die Gründung des Museums zurück. Von 1850—73 wirkte an St. Louis der bekannte Bazin, an den sich die Namen Sykosis parasitaria und Mykosis fungoides ganz besonders knüpfen. Er stellte die parasitäre Natur gewisser Bartkrankheiten fest und trennte von dem allgemeinen Eccema barbae die Teigne sycosique, Sykosis parasitaria ab. Grundlegend waren Bazins Arbeiten über die Mykosis fungoides, jene bei uns ebenso seltene wie noch in ätiologisches Dunkel gehüllte Hautaffektion, die schon Alibert beschrieben, aber nur symptomatologisch gedeutet hat. Bazin wies zuerst nach, dafs wir es bei dem Pian ruboid Aliberts mit einer selbstständigen Krankheit zu thun haben. Auch bewies er zuerst die Richtigkeit der Ansicht, dafs Favus eine mykotische Affektion sei, indem er mit als erster die Übertragung desselben experimentell erfolgreich durchführte.

Bazin war es auch, welcher der bei uns unter dem Namen Molluscum contagiosum bekannten Affektion die Bezeichnung Acné varioliforme gab, was in Hinsicht auf die gleichnamige Krankheit der Wiener Schule, die bei den Franzosen Acné atrophique heifst, zu den schlimmsten Verwechselungen führte.

Neben Bazin sehen wir als Lehrer an der dermatologischen Pariser Schule den alten Hardy, der zwar weniger schöpferisch gewirkt, aber als einer der ersten unter den französischen Dermatopathologen gegolten hat. An ihn erinnern viele Präparate des Museums, er stellte u. a. das Bild des Pemphigus pruriginosus auf mit etwas anderen Erscheinungen als vor ihm Chausit und Cazenave, ebenso den Symptomenkomplex des Strophulus pruriginosus, der eine bedeutende Ähnlichkeit mit der Prurigo Hebras verrät.

Von Hillairet, den die Jahre 1860—81 in Saint-Louis wirken sahen, ist ein neues System der Hautkrankheiten zu erwähnen, das er, ohne irgend welchen Erfolg mit seiner Theorie zu erzielen, aufgestellt hat.

Bis in die allerneueste Zeit reicht die Thätigkeit von Lailler, Vidal, Besnier. Von ehemaligen Dermatologen des Hospitals Saint-Louis möchte ich nur die Namen von Guibout, Olliver und Quinquaud erwähnen, von aus dem Hospital Saint-Louis hervorgegangenen französischen Forschern neben den verstorbenen Leloir und Feulard noch den bekannten Brocq, Gaucher, Thibierge, Jeanselme und Darier. Letzterer machte sich bekannt durch die auch Dariersche Krankheit genannte Psorospermosis follicularis, eine der Paget's disease verwandte Dermatose parasitären Ursprungs, ferner durch seine Tuberkulide, durch die Beschreibung des Pseudoxanthoma elasticum und die durch Röntgenstrahlen erzeugte Dermatitis.

Laillers Verdienste um das Musée Baretta haben wir bereits an anderer Stelle erwähnt.

Vidals Name spielt in der französischen Dermatologie eine hervorragende Rolle. Er stellte eine Varietät der Mykosis fungoides in der Mycosis fungoïde d'emblée auf, bei der ohne ekzematöses oder lichenoides Vorstadium das Leiden sogleich mit dem Auftreten der bekannten Tumoren einsetzt. Er veröffentlichte zusammen mit Brocq eine ausgezeichnete Arbeit über diese Krankheit und erklärte sie mit der Lymphodermia perniciosa Kaposis für identisch, er beschrieb in der Pityriasis marginée circinée eine neue Hautaffektion, als deren Erreger er das Mikrosporon anomoeon sive dispar verantwortlich machte, und gab dem Xeroderma pigmentosum den in Frankreich geläufigeren Namen Dermatose de Kaposi. An ihn erinnert der in Paris viel benutzte Vidalsche Scarificator und das Emplâtre rouge de Vidal, eine Modifikation des Diachylonpflasters mit Mennige und Zinnober. Interesse bietet aus Vidals Therapeutik auch die von ihm mit Erfolg angewendete Behandlung der Alopecia areata mit Vesikatorien, 3—10 nacheinander und nebenhergehenden excitierenden Waschungen.

Zum Schlusse noch einiges über den Nestor der französischen dermatologischen Schule — Ernest Besnier, in dessen Person sich unsere

Wissenschaft in ihrem französischen Zweige verkörpert. Er gab eine französische Ausgabe von Kaposis Lehrbuch heraus, die er mit erläuterndem Texte versah — das angesehenste dermatologische Lehrbuch Frankreichs. Es giebt wenige Hautkrankheiten, mit denen sich dieser Meister nicht besonders beschäftigt und für die er nicht eigene Benennungen aufgestellt hätte. Ich erwähne hier das Colloidom miliaire, die Myomes dartoïques et simples, die Epithéliomatose pigmentaire, die Acné kéloïdienne, die Xérodermie pilaire, die Kératodermies plantaires et palmaires u. s. w. Ferner beschrieb er zuerst die Acné anthracoïde jodopotassique und den Lupus pernio.

Dieser, auch Lupus asphyxique genannt, stellt eine dem Lupus erythematosus ähnliche, aber wohldifferenzierte Erkrankung dar.

Zwar könnte die allzuweitgehende Individualisierung in der Diagnostik für eine Quelle vieler Irrtümer erscheinen, aber gerade darin liegt, wie schon Unna hervorgehoben hat, allerdings nur für den Fachmann, ein Vorzug der französischen Schule, da aus jeder Diagnose förmlich das Symptomenbild der Affektion ersichtlich ist, und die Signifikation „Zeit und Standpunkt des Autors charakterisiert".

Für den Anfänger ist die Nomenklatur und Klassifikation der Hebrachen Schule gewifs empfehlenswerter, weil faſslicher. —

Ehe wir das Hospital Saint-Louis verlassen, will ich noch mit wenigen Worten auf die Lichenfrage zurückkommen, die wie in Deutschland bezw. Österreich, so auch jenseits der blauweifsroten Grenzpfähle die Geister der Dermatologen viel beschäftigt. Die Barettasche Sammlung umfafst wundervolle Präparate aller Lichenarten in grofser Anzahl. Eine spezifisch französische Krankheit mufs hier erwähnt werden, die Pityriasis rubra pilaris, die schon Devergie als Pityriasis rubra beschrieben hatte. Es ist schwer zu verstehen, wie Kaposi diese Affektion, die nicht nur durch ihre Symptome, sondern auch durch den Verlauf von ihm so differenziert ist, für identisch mit dem Licher ruber acuminatus halten kann. Und doch hat Lustgarten, der Schüler Kaposis, in Gegenwart Laillers, Brocqs und Hallopeaus bei einem Falle von Pityriasis rubra pilaris der Franzosen sofort die Diagnose Lichen ruber acuminatus gestellt. Wer das Museum mit Aufmerksamkeit studiert, und wem der Zufall vielleicht einen Fall von Besnier-Devergies Krankheit zugeführt hat, dem wird kein Zweifel mehr obwalten, dafs wir es bei dem Lichen ruber acuminatus und der erwähnten Dermatose Devergie-Besniers mit zwei ganz verschiedenen Krankheiten zu thun haben. (Siehe Unnas Pariser Briefe. *Monatshefte f. prakt. Derm.* 1888.)

Der Lichen planus ist in allen Varietäten im Museum zu sehen, vom typischen Lichen ruber zum Lichen atrophique Hallopeaus, Unnas Lichen obtusus wie der dunkle Lichen cachectique der Franzosen. Bei

dem relativ seltenen Vorkommen dieser Lichenvariationen in Deutschland verlohnt es sich für den Dermatologen wohl, einzig wegen der Lichenfrage Barettas Museum einen Besuch abzustatten.

Es ist undenkbar, Abschied vom Hospital des Heiligen Ludwig zu nehmen, ohne kurz den Pape de la Syphiligraphie — Alfred Fournier zu erwähnen. Durch seine zahlreichen Werke über syphilitische Themata, besonders die Aufstellung der Lues hereditaria tarda und seine chronisch intermittierende Behandlung der Syphilis hat sich dieser Mann einen unsterblichen Namen geschaffen. Seine Vorlesungen zu besuchen bietet einen seltenen Genufs. Fournier, eine imponierende Erscheinung in der Vollkraft der Jahre von gewinnendem Äufsern, hält klassisch vollendete Vorträge. In einer eminent exakten Weise disponiert er sein Thema und geht, ohne je ermüdend zu werden, mit peinlichster Genauigkeit auf alle durch die Disposition in Aussicht gestellten Punkte ein. Man wird selten etwas formvollendeteres zu hören bekommen als eine Fourniersche Vorlesung. Auch die Lektüre seiner in elegantem Französisch, etwas breit aber leichtfafslich geschriebenen Werke ist eine ebenso angenehme wie wissenschaftlich nutzbringende Aufgabe.

Ohne auf die übrigen Dermatologen von Saint-Louis der Jetztzeit einzugehen, — noch ein paar Worte über Hallopeau. Er ist nächst Fournier der am längsten in Saint-Louis Thätige. Wir verdanken ihm die Erythrodermia chronica scarlatiniformis, ehemals von ihm Lichen ruber scarlatiniformis benannt, und die Dermatite pustuleuse chronique à progression excentrique, ein bisher unbekanntes pustulöses Exanthem, ferner wichtige Arbeiten über die Lepra und viele andere Kapitel unserer Disziplin. Unter anderem über eine eigenartige Form der Ichthyosis congenita, die mit pemphigoiden Eruptionen sich vergesellschaftet. In neuester Zeit stellte er mit Darier die Tuberkulide auf, paratuberkulöse Krankheitsprozesse, die nach hypothetischen Mutmafsungen auf der Toxinwirkung der Tuberkelbacillen beruhen sollen — neben Sabourauds Forschungen augenblicklich der lebhaftest umstrittene Diskussionspunkt in den Sitzungen der französischen dermatologischen Gesellschaft. — Hier trifft sich alles, was auf unserem Spezialgebiet in Frankreich Bedeutung hat, ganz anders als bei uns in Deutschland, wo die Vertreter der verschiedenen Richtungen räumlich weit getrennt sind. Hier herrscht zwischen den jüngeren und älteren Ärzten ein ausgezeichnet schönes kollegiales Verhalten, und nichts erfreut die Kollegen von Saint-Louis mehr, als wenn aus fremden Ländern Mediziner hinkommen, um aus dem unergründlichen Brunnen seiner Lehrmittel den klaren Schatz wissenschaftlicher Erkenntnis zu schöpfen. Wie zu den Zeiten Alberts, so herrscht auch heute nach 100 Jahren die gleiche Gastfreundschaft gegen die Kollegen aus dem Auslande. Ohne dafs eine besondere Empfehlung nötig

wäre, die allerdings nicht schaden kann, öffnen sich ihnen nicht nur die Herzen der französischen Confrères, sondern auch die Thüren aller Spitäler, die Pforten der Museen, die Brutschränke der Laboratorien, die Morgue wie die Salpétrière, das Institut Pasteur wie Saint-Lazare.

Darum wird, wer einmal in Paris die französische Wissenschaft kennen und schätzen gelernt hat, seinen Wanderstab gern immer wieder nach Frankreichs Herzen zurücksetzen, zumal wenn man der offenen Arme gedenkt, die sich dem Dermatologen im Hôpital Saint-Louis freudig entgegenstrecken. Es mufs aber auch für die grofse Pariser dermatologische Familie, als welche dem Fremden unsere Spezialkollegen erscheinen, eine Genugthuung sein, zu sehen, wie seit etwa 10 Jahren ein Zuzug deutscher Dermatologen nach Saint-Louis zu bemerken ist, die hier die persönliche Berührung mit dem französischen Zweig unserer schönen dermatologischen Disziplin suchen.

Und eine Reihe bedeutender jüngerer Ärzte mit zum Teil schon bekannten Namen sorgt dafür, dafs dermatologisches Forschen und Schaffen in Saint-Louis nie erlöschen kann.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 42. Heft 2. 1898.

I. **Über Keratoma hereditarium**, von J. Neumann-Wien. Der Verfasser hat im April 1897 die Insel Meleda in Dalmatien besucht, um die von Hovorka zuerst als Lepra, später als Mal de Meleda beschriebene Krankheit an Ort und Stelle kennen zu lernen. Von den acht auf der Insel befindlichen Patienten konnten bei der Kürze der Zeit nur zwei in Augenschein genommen werden. Der erste, ein 33 Jahre alter Mann, giebt an, mit dem Hautleiden, so lange als seine Erinnerung zurückreicht, behaftet zu sein. Die Fufssohle beider Füfse zeigt das Aussehen einer ungemein stark zerklüfteten enormen Verhornung. Die Farbe der verhornten Partien zeigt verschiedene Nuancen von safran- bis zum einfachen gelb. An den Seitenflächen der Zehen gleichwie an der Übergangsstelle der ersten Phalangen in die entsprechende Capituli Metatarsorum ist die Haut gerötet, die Epidermis maceriert. Die Nägel sind verdickt und verschoben. An der Dorsalfläche, besonders an den Fingern beider Hände zeigt die Haut die gleiche Verhornung und gelbliche Färbung. Die Diagnose lautet: Keratosis diffusa adnata in facie manuum utraqua; in planta, utroque margine, in utraque regione malleolari et calcanea pedum. In diesem wie in zwei anderen vom Verfasser beschriebenen Fällen handelt es sich um dieselbe Affektion, welche Duhring und Unna als „Keratoma palmare et plantare hereditarium" bezeichnet haben. Da jedoch die Krankheit nicht auf die genannten Hautpartien beschränkt ist, so hält Verfasser die Bezeichnung „Keratoma hereditarium" für zutreffender. — Die einschlägige Litteratur findet eine eingehende Besprechung.

II. **Die Exantheme der Tuberkulose („Tuberculides"-Darier)**, von Cäsar Boeck-Christiania. (Fortsetzung.) Der Verfasser unterzieht unter den tuberkulösen Exanthemen das **Eccema scrophulosorum** einer ausführlichen Besprechung. Dasselbe kommt wie der Lichen scrophulosorum besonders bei älteren Kindern und jüngeren Erwachsenen vor. Es ist charakterisiert durch mehr oder weniger infiltrierte, rötliche oder gelbrötliche Flecken und gröfsere, entweder nur schuppende oder auch nässende und mit Krusten bedeckte Flächen von circinärer oder gyrierter Form. An den unteren Extremitäten namentlich finden sich aufser diesen Flecken und Flächen noch gröfsere und kleinere Papeln, die zuweilen in Pusteln übergehen. Prädilektionsstellen für das Eccema scrophulosorum sind die vordere und hintere Fläche des Thorax, die äufsere Seite der Oberarme mit dem angrenzenden Teile der Unterarme und die unteren Extremitäten, besonders die äufsere und vordere Fläche derselben. Aufserdem ist die behaarte Kopfhaut häufig ergriffen. Verfasser beschreibt im folgenden zwei prägnante Fälle aus seiner Hospitalpraxis.

III. **Janets Irrigationen in der Therapie der Blennorrhoe**, von Franz Krzysztalowicz-Krakau. Sowohl nach der älteren Methode Janets, wie nach der später von ihm modifizierten wurden Patienten mit akuter, subakuter, chronischer Blennorrhoe behandelt. Die ältere Methode ergab in akuten wie subakuten Fällen 50% Heilungen, die modifizierte bei akuten Erkrankungen 40%, bei subakuten 83% Heilungen. Die Dauer der Behandlung beträgt nach der alten Methode im akuten Stadium durchschnittlich 33, im subakuten 17 Tage; nach der neuen in beiden Stadien 10 Tage, weshalb Verfasser nicht ansteht, diese letztere Methode besonders zu empfehlen. Er glaubt jedoch, dafs sich gute Erfolge mit der Janetschen Methode nur unter sorgfältiger Beobachtung des Arztes, also leichter in der Spitalpraxis als in der Privatbehandlung erzielen lassen. Aus diesem Grunde werden die älteren, üblichen Methoden und Medikamente wohl niemals durch Janets Behandlung ganz verdrängt werden.

IV. **Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulin R**, von Adam Scheuber-Prag. Mit dem Tuberkulin R wurden in Prof. Picks dermatologischer Klinik 32 mit lupösen, skrophulösen oder tuberkulösen Hauterkrankungen behaftete Patienten behandelt, unter denen 18 Weiber und 14 Männer waren. Es wurde täglich zwischen 9—10 Vormittags injiziert und mit der Minimaldosis 0,000002 g begonnen. Die Verdünnung wurde unmittelbar vor den Injektionen mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt. Jeden zweiten bis dritten Tag wurde mit der Dosis gestiegen. Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die Nebenwirkungen des Tuberkulin R auf das Allgemeinbefinden, Körpertemperatur, auf Puls- und Atmungsfrequenz, auf Magen- und Darmkanal, sodann die Wirkung auf die erkrankten Hautpartien. Die Erscheinungen an den tuberkulösen Krankheitsherden bestanden im Beginn der Injektionstherapie gröfstenteils nur in Rötungen, die sich zumeist auf die erkrankten Partien beschränkten. Zuweilen entstanden jedoch erythematöse Zonen, die hofartig die einzelnen Krankheitsherde umgaben. Mitunter schlofs sich an derartige Rötungen eine leichte Abschuppung der Herde an. Infiltrate und Knötchen bildeten sich im Laufe der Injektionstherapie teilweise zurück, niemals aber verschwanden sie derart vollständig, dafs man an den Überresten nicht die Diagnose Lupus hätte stellen können. Auffallend war in einigen Fällen die beginnende Narbenbildung. Aber mit dem Eintritt derselben schien jede weitere günstige Beeinflussung des Prozesses durch fernere Injektionen aufgehört zu haben.

Im folgenden teilt der Verfasser die Krankengeschichten der mit dem Tuberkulin R behandelten Fälle mit. (Fortsetzung folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.
Band V. Heft 1. 1898.

I. **Aussatz-Rekognoscierungsreise auf der Balkan-Halbinsel**, von E. Ehlers-Kopenhagen. Im Frühjahr 1897 hat Verfasser eine Studienreise nach der Balkan-Halbinsel unternommen, um eine Untersuchung über die Ausbreitung des Aussatzes in diesem Teile Europas anzustellen und gleichzeitig die Formen, unter denen die Lepra im Norden und Süden auftritt, miteinander zu vergleichen. In Griechenland hatte Verfasser Gelegenheit, mehrere Lepröse mit aïnhumoider Mutilation zu beobachten. Er unterzieht die Frage, ob das Aïnhum als eine Form der Lepra anzusehen sei, an der Hand der einschlägigen Litteratur einer kritischen Betrachtung, deren Resultat sich im wesentlichen mit der Ansicht Zambacos von der Identität beider Krankheiten deckt. — Die Gesamtzahl der Leprösen, welche Verfasser auf seiner Forschungsreise im Peliondistrikte fand, betrug fünfzehn. Trotzdem die Bevölkerung sehr reinlich ist, tritt die Lepra doch immer wieder in derselben auf, weil man die Kranken nicht isoliert. Von Interesse wegen der Fischtheorie ist der Glaube der Pelionbewohner, dafs das Fleisch des Thunfisches den Aussatz hervorrufe. Die Krankheit wird von der Bevölkerung für ansteckend und auch für erblich gehalten. — In ganz kurzen Auszügen teilt Verfasser die Krankengeschichten der 15 Fälle mit, beschreibt dann seine Eindrücke, welche er in Konstantinopel unter Leitung von Prof. v. Düring von den Aussätzigen erhalten hat. Seine Reise führte ihn weiter nach Corfu, Montenegro, Ragusa und nach der süddalmatischen Insel Meleda (im Altertum Melitta), die Verfasser hauptsächlich auf Veranlassung v. Zderas besuchte, um die eigentümliche, von diesem ursprünglich als Lepra angesehene, endemische Hautkrankheit kennen zu lernen. Von den sieben auf der Insel befindlichen Patienten hat Verfasser fünf untersucht und über die klinischen Symptome der Affektion folgende Notizen gemacht: 1. Die Haut in den Plantae und Volae ist sehr verdickt und tylotisch geschwollen; was die Farbe betrifft, hat sie Ähnlichkeit mit gelbem Wachs oder richtiger Adipocire. Die Palma manus hat ein entschieden kadaveröses Aussehen, und die leichenblasse Farbe wird nur unterbrochen von den geschwärzten Orificia follicularia und den nigrokeratosierten natürlichen Falten der inneren Handfläche. 2. Ein anderes wichtiges Symptom ist die ichthyosiforme Verdickung der Haut und das starke Hervortreten aller natürlichen Falten, ein Phänomen, welches besonders auf dem Rücken des Handgelenks in die Augen fallend ist. Auf der ichthyosiformen Haut sieht man die Orificia follicularia in grofser Menge als schwarze Punkte, bedeutend vergröfsert und mit fremden Produkten infiltriert. 3. Die Affektion hat stets scharfe Grenzen, welche entweder gewölbt oder nach der gesunden Haut hin geographisch gebuchtet sind. Bei dreien der Patienten waren nur die Hände und Füfse angegriffen; die Krankheit hatte sich nur einige Finger breit über das Handgelenk oder einige Hand breit über die Knöchel hinaus ausgebreitet. Ein vierter Patient hatte dieselben Erscheinungen an den Knien und den Schienbeinen. 4. Die Affektion bewirkt keine Abschilferung; die obere Hautschicht ist aber immer feucht und fettig und wird abgestofsen. Dieser Prozefs ist dann mit einem unangenehmen fötiden Geruch verbunden, welcher bei der Maceration der Epidermis vorhanden ist. — Die Krankheit, welche grofse Ähnlichkeit mit Dariers Psorospermosis follicularis hat, bezeichnet Verfasser bis auf weiteres als „Mal de Meleda". — Das nächste Ziel der Forschungsreise bildeten die österreichischen Okkupationsländer Bosnien und Herzegowina. In Sarajewo lernte Verfasser den Landessanitätsrat Dr. Glück kennen, der ihm über die Lepra in den okkupierten Gebieten seine Erfahrungen und interessante Daten mitteilte. Die Zahl der Leprösen in Bosnien und der Herzegowina giebt Dr. Glück auf 3—400 an, das bedeutet $^1/_5$

pro Mille. Verfasser konstatiert mit grofser Befriedigung die enormen Fortschritte auf allen Gebieten, besonders aber auf dem Gebiete des Medizinalwesens. Er findet die Verwaltung Österreichs in Bosnien und der Herzegowina im Vergleich zu derjenigen der übrigen Balkanstaaten geradezu ideal. — In hervorragender Weise erregten das Interesse des Verfassers die Arbeiten Dr. Glücks auf dem Gebiete der Lepra, dessen ausgezeichnete Präparatensammlung zum Studium der Lepra in den oberen Luftwegen und die Präparate, welche Lepra vasorum demonstrierten. Nach Glücks wohlbegründeter Meinung ist die lepröse Phlebitis die Veranlassung zu dem eigentümlichen braun-violetten Stase-Ödem der Haut auf den Extremitäten, das man bei den meisten Patienten mit vorgeschrittener Lepra tuberosa sieht. Ferner waren die Resultate der Bacillenfärbung auf lebenden Individuen hoch interessant. Glück injizierte 1—2 Tropfen Karbolfuchsin in eine Knolle, die er 2—3 Tage später excidierte. In den ausgeschnittenen Stücken waren die Bacillen vollständig gefärbt.

II. **Erwiderung auf den Vortrag des Herrn Prof. M. Kaposi: „Zur Frage der Kontagiosität und Prophylaxis der Lepra"**, von A. von Bergmann-Riga. Verfasser wendet sich an erster Stelle gegen die Behauptung Kaposis: „Man kennt bis auf den heutigen Tag bezüglich der Lepra keinen unzweifelhaften Fall einer direkten Übertragung" und „es hat niemand einen ansteckenden Menschen angeben können". Er führt die Fälle von Benson, Atkinson, Ghose und Munro an, die in einem sonst leprafreien Lande vorkamen, nachdem die betreffenden Personen zuvor mit eingewanderten Leprösen zusammengelebt resp. sonstige Beziehungen unterhalten hatten. Die zweifellose Abnahme der Lepra in Norwegen infolge der Isolierung der Patienten ist der beste Einwand gegenüber der antikontagionistischen Auffassung. — Riga galt bis vor 15 Jahren noch als leprafreier Ort, während die Zahl der Leprösen in den letzten Jahren stetig, zuletzt bis auf 64 gestiegen ist. — Verfasser ist auf Grund der Krankengeschichten, die er mit grofser Sorgfalt bei allen ihm zu Gesichte gekommenen Leprafällen aufgenommen hat, aus Nichtkontagionist ein Kontagionist geworden, denn für 60% seiner Patienten konnte er den Zusammenhang der Neuerkrankten mit Leprafällen nachweisen. Hierbei handelt es sich nicht lediglich um arme Patienten. Verfasser beschreibt eine Reihe von Fällen, wo die ansteckende Person strikt genannt werden kann und die Ansteckung sich unter relativ günstigen Verhältnissen vollzogen hat. Wenn Kaposi am Schlusse seines Vortrages bemerkt: „Die Lepra kann im direkten oder indirekten Verkehr mit Leprösen unter uns noch nicht bekannten Umständen acquiriert werden", so erscheint dies nur als eine Umschreibung für „die Lepra ist ansteckend". Verfasser plädiert für einmütiges Vorgehen gegen die Krankheit.

III. **Über den Sitz der Leprabacillen in der Atmungs-Schleimhaut etc.** Ergänzende Bemerkung von P. Bergengrün-Riga. Verfasser hatte gelegentlich seines diesbezüglichen Vortrages auf der internationalen Leprakonferenz verabsäumt anzuführen, wie die Schleimhautpräparate, aus denen die demonstrierten mikroskopischen Schnitte entnommen sind, gehärtet wurden. Er holt hier das Versäumte nach und widerlegt gleichzeitig Neissers Behauptung, dafs diese Präparate zum gröfsten Teile wahrscheinlich schlecht gehärtet und in verdorbenem Zustande untersucht wurden und deshalb zum Beweise für die zellenfreie extracelluläre Lage der Bacillen innerhalb der Lymphgefäfse nicht tauglich seien. Die Härtung der Präparate geschah unmittelbar nach der Sektion, und zwar wurde ein Teil in absolutem Alkohol, der andere nach der gut konservierenden Methode von Benda gehärtet. Die Vorwürfe Neissers entbehrten jeder Begründung und entsprächen auch nicht den Thatsachen. Wie sollte man sich beispielsweise, wenn die Präparate verdorben und nicht mehr gut färbbar wären, erklären, dafs alle Zellen im Gesichtsfelde deutlich zu sehen, und

nur die von Neisser supponierten Bacillen führenden Zellen unsichtbar seien. Gerade der vereinzelt vorkommende, vom Verfasser hervorgehobene Bacillengehalt dieser und jener Zelle spricht dagegen.

IV. **Über meine weiteren Erfahrungen mit Captol**, von P. Eichhoff. Über die Wirksamkeit des Captols hat Verfasser seine ersten Mitteilungen in der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1897, No. 41 u. 45 gemacht. Captol ist ein Kondensationsprodukt von Tannin und Chloral und im reinen Zustand ein dunkelblaues, hygroskopisches, in kaltem Wasser schwer, in warmem Wasser und Alkohol leicht lösliches Pulver. Es wird durch Säuren nicht beeinflufst, dagegen durch Alkalien unter Dunkelfärbung zersetzt. Das Captol leistet überraschend gute Dienste bei Seborrhoea capitis mit ihren Begleiterscheinungen, Jucken und Schuppenbildung auf der Kopfhaut mit nachfolgendem Haarausfall. Das vom Verfasser empfohlene Captolhaarwasser hatte folgende Formel:

℞ *Captol*
Chloralhydrat
Acid. tartar. aa 1,0
Ol. Ricini 0,5
Extr. flor. q. s.
Spir. vini (65%) 100,0.

In den Apotheken kann man auf ärztliche Verordnung das Captol als Sulutio Captoli (25%ige alkoholische Lösung) oder als fertigen Haarspiritus, Spiritus Captoli compositus nach obiger Formel erhalten. Wo das Haarwasser als Prophylacticum längere Zeit gebraucht werden soll, rät Verfasser vorsichtiger Weise das freie Chloral aus dem Rezept ganz fortzulassen. Zu prophylaktischen Zwecken empfiehlt er das Haarwasser nach folgender Formel anfertigen zu lassen:

℞ *Captol*
Acid. tartar.
Resorcin aa 1,0
Acid. salicyl. 0,7
Ol. Ricini 0,5
Extr. flor. q. s.
Spir. vini (65%) 100,0.

In nicht zu grofser Menge wird das Haarwasser täglich 1—2mal mit der Hohlhand oder mit einem Schwämmchen oder Bürstchen auf die Kopfhaut aufgetragen und letztere mit der Hand, nicht mit einem Handtuch trocken gerieben. Vor dem Abtrocknen der Hand ist dieselbe in Waschwasser abzuspülen, um jeder Fleckenbildung vorzubeugen. Durch Captol befleckte Wäsche wird in mit Weinsteinsäure angesäuertem Wasser ausgewaschen. Im übrigen ist die sonstige Kopfpflege, wie Waschen des Kopfes mit einer guten Seife 1—2 mal wöchentlich, auch beim Gebrauche des Captols nicht zu vernachlässigen. Wo die Seborrhoe inveteriert ist und die Schuppen dick und fest der Kopfhaut aufliegen, empfiehlt Verfasser eine Captolpomade nach folgender Vorschrift:

Captol
Acid. tartaric. 1,0—2,0
Lanolini 5,0
Vaselini 90,0
Extr. flor. q. s.

Dieser Pomade kann zweckmäfsig auch 5% Schwefel zugesetzt werden. Am Abend wird der Kopf pomadisiert, mit einer undurchlässigen Wachstuchmütze bedeckt

und am nächsten Morgen mit Seife abgewaschen. Die Seborrhoea sicca reagiert besser resp. schneller auf die Captolbehandlung als die Seborrhoea oleosa.

V. Kasuistische Beiträge, von E. Vollmer-Bad Kreuznach.

1. **Beitrag zur Lehre von der schwarzen Haarzunge.** Bei dem 24jährigen, mit einem Herzfehler behafteten Patienten „zeigt die Zungenschleimhaut an der Spitze und an den Seiten ein eigentümliches pelziges, weifses Aussehen, und mit der Lupe sieht man, dafs der weifse Pelz durch die ungewöhnlich langen Papillenspitzen gebildet wird. Der Zungenrücken dagegen ist schwärzlich braun und in der Mitte ganz schwarz, und hier zeigt die Lupe, dafs der schwarze Belag aus einer Unmenge von schwarzen Spitzen besteht, die bei Bewegung der Zunge hin- und herwogen; fährt man mit der Spitze des Zeigefingers darüber hin, so fühlt man keine Verhärtungen, sondern alles ist weich wie Sammet. Die Grenze dieses schwarzen Überzuges der Zunge bilden die Papillae circumvallatae. Hinter diesen erscheint die Schleimhaut wieder rosarot." Der vom schwarzen Belag abgekratzte Schleim besteht mikroskopisch aus Epithelzellen, weifsen Blutkörperchen und eigentümlichen, haarartigen Bildungen. Die Farbe der letzteren ist, wie die der blonden Haare hellgelb bis bräunlich; an den Spitzen verdunkelt sich das Kolorit bis zu tiefem Schwarz. Bei Zusatz von Liq. Kalii caustici zerfallen „die Haare" in eine grofse Anzahl von Hornzellen von derselben Beschaffenheit, wie mit Liq. Kalii caust. versetzte Hautschuppen. Der Verfasser bespricht kurz die einschlägige Litteratur. Was den Krankheitsprozefs betrifft, so handelt es sich um eine Hyperkeratose. In ätiologischer Beziehung ist das Zusammentreffen der Haarzunge mit Lues von Interesse. Auch in dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen Luetiker. Therapeutisch genügt meist eine energische, mechanische Abreibung der Zunge mit einer weichen Bürste.

2. **Ein Fall von Lichen ruber planus mit linearer Hautatrophie.** Bei dem 25jährigen Patienten, der in der Kindheit eine Mittelohreiterung gehabt hat, sind vor einem Jahre an der Hand und dem Unterarme kleine rote Flecke, aufserdem die Veränderungen an den Knien und am linken Unterarm aufgetreten. Gegenwärtig zeigt der blasse, aber muskulös gebaute Patient auf der Haut beider Unterarme, etwa von der Mitte derselben an abwärts bis zum Rücken der Finger zahlreiche rötlich blasse, linsengrofse, über das Niveau der Haut ein wenig erhabene, diffus zerstreute, glatte, nicht schuppige Efflorescenzen mit zumeist centraler kleiner Delle. Aufserdem sieht man am linken Unterarme vom Olecranon abwärts bis zur Mitte des Armes einen rötlich-braunen ca. 2 cm breiten, unter das Niveau der Haut eingesunkenen Streifen mit kleinen Schuppen von silbergrauer Farbe. An den Knien vor der Patella jederseits zwei symmetrische, unregelmäfsig sternförmige Flecke von der Beschaffenheit des Streifens. Drei gleiche Flecke zeigt auch der linke Unterarm an der Ulnarseite. Die Haut über diesen Stellen fühlt sich weich an. Früher hatte der Patient hier Jucken, das aber jetzt verschwunden ist. Die Affektion gehört in die Reihe der linearen Hauterkrankungen, die mit einer Exsudation wie beim Herpes zoster, mit einer Hyperkeratose wie bei linearen Ichthyosisformen und Pigmentierungen, wie bei den systematisierten Naevis einhergehen können.

VI. **Historisches zur Therapie der Verbrennungen,** von Iwan Bloch-Berlin. Verfasser ist bei der Lektüre des Celsus Lib. V, Kap. 27 auf eine ganz ähnliche Therapie der Verbrennungen gestofsen, wie sie in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren empfohlen, sich als durchaus heilsam erwiesen hat. Es ist dies die Behandlung mit einfachen austrocknenden Pasten- und Puderverbänden. An der betreffenden Stelle schildert Celsus, wie man abgesehen von anderen Behandlungsmethoden allein mit pastenähnlichen Substanzen oder mit Pudern die Verbrennungen heilen kann. „Est etiam illa adustorum curatio dum inflammatio est, impositam

habere cum melle lenticulam (Linsenmehl mit Honig): ubi ea declinavit, farinam cum ruta, vel porro, vel marrubio, donec crustae cadant: tum ervum cum melle, aut irim, aut resinam terebinthinam, donec ulcus purum sit: novissime siccum linamentum." Das Beispiel beweist, dafs es einen Circulus therapiae giebt, dafs das Neue häufig nur eine bewufste oder unbewufste Ausgrabung des Alten ist.

VII. **Dermatitis nach Röntgenstrahlen.** von B. Plonski-Berlin. Der Verfasser bereichert die Litteratur über Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen durch einen neuen Fall, der in Professor Lassars Klinik zur Beobachtung gelangt ist. Die verheiratete, kräftig gebaute Patientin zeigt auf der rechten unteren Hälfte des Abdomens ein grofses flaches Geschwür mit unregelmäfsigen, gezackten Rändern und dünnem, fibrinös eitrigem Belage. In der Peripherie dieses Geschwürs sieht man durch Inseln geröteter, infiltrierter Haut getrennt, noch eine Anzahl kleinerer Ulcerationen von gleicher Beschaffenheit und zahlreiche kirschkerngrofse Bläschen mit eitrigem Inhalt. Die angrenzende Haut war dunkel rotbraun verfärbt und mit zahlreichen stecknadelkopf- bis erbsengrofsen flachen knötchenförmigen Infiltraten bedeckt. — Die Patientin giebt an, im Februar 1897, als sie sich im letzten Drittel der Gravidität befand, eine gynäkologische Anstalt aufgesucht zu haben. Dort sei zur Vervollständigung der Untersuchung eine Aufnahme mit X-Strahlen vorgenommen worden. Die Dauer der Exposition betrug eine halbe Stunde, die Röhre befand sich in einer Entfernung von $^1/_2$ Meter vom Körper der Patientin. Am nächsten Tage verspürte dieselbe an der befallenen Stelle heftiges Jucken und Brennen. Die Haut hatte sich handtellergrofs gerötet; bald entwickelten sich Knötchen und Blasen, die eitrig wurden, platzten und von Geschwüren gefolgt waren. — Nach der Beschreibung hat man es mit einer sehr heftigen, lang dauernden Hautentzündung zu thun, die nach ihrer Entstehungsart als eine Verbrennung zweiten und dritten Grades anzusehen ist. Eine Eigentümlichkeit der durch X-Strahlen hervorgerufenen Verbrennungen ist das nicht unmittelbar, sondern fast stets erst längere Zeit nach der Einwirkung des schädlichen Agens erfolgende Auftreten derselben. — Über die eigentliche Ursache der Erkrankung gehen die Ansichten der Autoren noch auseinander. Zu grofse Nähe der Röhre am Körper, zu lange Exposition und eine gewisse Disposition der Haut scheinen sicherlich eine Rolle zu spielen. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 1.

Experimentelle und klinische Beobachtungen über Urotropin, von Leopold Casper. Durch einige Versuche thut Verfasser zunächst dar, dafs Urotropinlösung Harnsäure ebenso schlecht wie Wasser löst und dasselbe vom Harne eines Menschen, der Urotropin eingenommen hat, gilt. Ferner prüfte Verfasser den Verbleib des Urotropins im Körper; er fand, dafs sich nach dem Einnehmen von Urotropin dieses stets im Harne, zuweilen im Blute nachweisen läfst; das Formaldehyd findet sich zuweilen im Blute, meistens im Harn. Es ist also der Befund kein konstanter. Meistens kann man schon 10 Minuten nach dem Einnehmen Urotropin und Formaldehyd im Harn nachweisen; in dem Harne eines Patienten waren beide Substanzen noch 14 Tage nach dem Abschlufs der Urotropinmedikation zu finden. — Auffallend günstige Wirkungen sah Verfasser vom Urotropin bei einem Falle hartnäckiger Phosphaturie, bei ammoniakalischer Cystitis der Prostatiker und bei chronischer Pyelitis; je ein Fall wird citiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologisches Centralblatt.
1897/98. No. 5.

Zur Frage der Blennorrhoebehandlung, von PAUL COHN. Die Mifserfolge bei der Behandlung der Blennorrhoe auch bei Applikation sicher gonokokkentötender Mittel müssen auf die Methode zurückgeführt werden. Ein sehr geeignetes Verfahren ist das von JANET angegebene. Verfasser teilt seine Erfahrungen über dasselbe mit. Hervorragend geeignet ist es für das allererste Stadium der Blennorrhoe, solange der Ausfluſs noch spärlich und schleimig ist, d. h. 2—4 Tage nach dem infektiösen Coitus. Hier gelingt oft die abortive Behandlung, die Gonokokken können in zwei Tagen schwinden. Ist die Blennorrhoe über dieses Stadium hinaus, dann sind die JANETschen Spülungen kontraindiciert bei starkem Reizzustand der Harnröhre, starker Schwellung, lebhaften Schmerzen, da alle Erscheinungen so gesteigert werden können, daſs die Miktion unmöglich wird. Hier muſs man den Ablauf des lebhaften Entzündungszustandes abwarten. — Für die chronische Blennorrhoe kommt die Methode nur bei Vorhandensein von Gonokokken in Betracht; bei bestehender Prostatitis muſs der Spülung die Massage der Prostata vorausgeschickt werden. — Die Temperatur wird lauwarm gewählt; Koncentration der Flüssigkeit 1:4000 bis 1:1000 Kalium permanganicum. Für ältere Fälle ist auch Argentum nitricum in gleich starken Lösungen von Nutzen. Täglich 1—2 Spülungen; nach Verschwinden der Gonokokken noch drei Spülungen. Niemals wurde ein Wiedererscheinen derselben bemerkt. Stets wurde die ganze Urethra gespült. Besteht eine Cystitis, Prostatitis, Vesiculitis, Epididymitis, so werden die Spülungen ausgesetzt, bis das akute Stadium vorüber ist. Die Wirksamkeit ist zurückzuführen auf die starke Ausdehnung der Urethra und die durch den Reiz bewirkte Saftströmung nach der Oberfläche. Die Heilung kann den Patienten mit einiger Sicherheit bis zum zehnten Tage zugesagt werden. Verfasser glaubt, daſs das JANETsche Verfahren der Injektionsbehandlung überlegen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

The British Journal of Dermatology.
Februar 1898.

Bemerkungen über zwei Fälle von Tinea circinata, von T. C. FOX und F. R. BLAXALL. Die Patienten sind zwei Brüder im Alter von sieben beziehungsweise fünf Jahren. Beide leiden an einem typischen Herpes tonsurans am ganzen Körper. Frei ist bemerkenswerter Weise die Kopfhaut. Die Ringe sind alle erythematös und trocken und zeigen keine Tendenz zur Blasen- oder Pustelbildung. Einige derselben haben koncentrische Ringe, wie sie bei Tinea imbricata typisch sind. Unter der Behandlung mit Schwefel- und Salicylsalbe tritt in beiden Fällen vollständige Heilung ein. — Die Frage, ob bei der Tinea circinata der Entwickelung der Ringe ein besonderer Pilztypus zu Grunde liege, bildete den Gegenstand eingehender Untersuchungen seitens der beiden Verfasser. Bis jetzt weifs man wenig mehr, als daſs das menschliche Mikrosporon Audouini (GRUBY-SABOURAUD) weit weniger Neigung zeigt, ringförmige Efflorescenzen der Tinea circinata hervorzurufen, als der Endothrix- und Ectothrixpilz, und zweitens, daſs der Ectothrixpilz animalischen Ursprunges eine besondere Neigung zu stark entzündlichen, oft pustulösen Efflorescenzen hat. Der Endothrixpilz produziert gewöhnlich trockene, erythematöse Ringe, und während das menschliche Mikrosporon Tinea circinata, ohne die Kopfhaut zu befallen, nur ganz ausnahmsweise produziert, begegnet man Ausschlägen, die sich ausschliefslich auf die glatte Haut beschränken, beim Endothrix- und Ectothrixpilz weit häufiger. So glaubten die Verfasser, in den vorliegenden Fällen es mit einem Endothrixpilz oder

mit einer Ectothrixform zu thun zu haben. Mit grofser Leichtigkeit liefs sich die Anwesenheit von Mycelfäden in den Schuppen nachweisen, aber überraschender Weise fehlten perlschnurartig angeordnete Fäden, wie sie bei Endothrix- und Ectothrix-Efflorescenzen fast immer vorhanden sind, vollständig. Die Infektionsquelle in den beiden Fällen bildete nach den Angaben der Familie eine Katze, welche die Räude hatte. Thatsächlich erwies sich der reingezüchtete Pilz als ein besonderer Typus, den die Verfasser als von der Katze herrührend früher beschrieben haben. — Die Verfasser berichten noch über einen dritten Fall, der deshalb von grofsen Interesse ist, dafs der gezüchtete Pilz kulturell und mykologisch identisch war mit dem gewöhnlichen Endothrix-Parasiten, dagegen bei dem fünfjährigen Patienten ganz ungewöhnliche Efflorescenzen (schillinggrofse, erhabene, entzündete, mit grofsen Bläschen besäte Plaques) produziert hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Februar 1898.

I. **Über diffuse Sklerodermie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und der therapeutischen Verwendung des Thyreoidextraktes**, von William Osler. Die diffuse Sklerodermie ist im ganzen eine seltene Krankheit, seltener noch für den Dermatologen als für den praktischen Arzt, der von den Patienten wegen Rheumatismus und Schwäche konsultiert wird. Die Pathogenese der Affektion ist bis zum heutigen Tage eine dunkle. Die einen Autoren sehen die Sklerodermie als Trophoneurosis an, abhängig von Veränderungen des Nervensystems; andere betrachten sie als eine Ernährungsstörung analog derjenigen bei Myxödem und in ursächlichem Zusammenhange mit Störungen der Schilddrüsenfunktion. — Der Verfasser beschreibt nun sehr ausführlich eine Reihe von Fällen, die ihm als Grundlage für seine Betrachtungen gedient haben. Fall 1. Wiederholte Arthritis vor dem Ausbruch; diffuse Sklerodermie; Sklerodaktylismus und trophische Läsionen. Fall 2. Diffuse Sklerodermie; Beginn mit Steifigkeit und Schwellung der Hände und Füfse; Behandlung mit Thyreoidextrakt und möglicher Stillstand des Prozesses. Fall 3. Im Beginn Schmerzen in den Gelenken; diffuse Sklerodermie der Arme, Hände und Schultern; Erythema der Haut über den Knien; starkes Ödem der Beine; Pigmentation der Haut der Arme; Tod unter Gastrointestinalerscheinungen. Fall 4. Lungentuberkulose; Sklerodermie am Nacken, oberen Teile des Rückens, der Brust und des Abdomens. Fall 5. Vorgeschrittenes Stadium von Basedowscher Krankheit. Bedeutende Sklerodermie beider Beine. Fall 6. Beginn mit vasomotorischen Veränderungen in den Armen und Beinen; allmählich fortschreitende Sklerodermie der Finger mit partieller Nekrosis der Fingerspitzen. Beginnende Sklerodermie an den Vorderarmen mit Pigmentation. Fall 7. Sklerodermie der Finger und Hände und in schwachem Grade der Wangen; Tachykardie; aufserordentliche Cyanose der Haut der Beine; subcutane, fibroide Knoten. — Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, namentlich in Fall 5, wobei in Betracht kommen das ausgedehnte, solide Ödem, die sogenannte skorbutische Sklerosis, das Myxödem, andere vasomotorische und trophische Affektionen. (Fortsetzung folgt.)

II. **Lymphangioma der Labia majora vulvae**, von J. C. White. Die 27jähr., unverheiratete Patientin konsultierte im Jahre 1890 zum ersten Male einen Arzt wegen einer Schwellung des linken Beines unterhalb des Knies. Das Bein war an der befallenen Stelle ödematös, weifs und durchscheinend. Eine Ursache für die Schwellung konnte damals der Arzt nicht finden. Das Bein blieb, ohne sich zu entzünden, zwei Jahre lang in demselben Zustande. Im Jahre 1893 wurde auch das andere Bein ergriffen. Da die Patientin sich durchaus keiner eingehenden Unter-

suchung unterwerfen wollte, so konnte nur die Vermutung ausgesprochen werden, dafs wahrscheinlich ein Beckentumor die Ursache der Cirkulationsstörungen sein werde. Nachdem aber die Erscheinungen anfingen einen bedrohlichen Charakter anzunehmen, gestattete die Patientin endlich die Untersuchung. Verfasser fand die äufseren Labien stark verdickt, von dichter Konsistenz und etwas zusammendrückbar. Sie sind dicht besät von verschieden grofsen, dunkelroten, warzenähnlichen Exkrescenzen. Auch die inneren Flächen der grofsen Schamlippen sind von solchen Gewächsen bedeckt. Pruritus vulvae bestand vor dem Erscheinen der Gewächse in ziemlich hohem Grade. Das Jucken hat später vollständig aufgehört. Dagegen verursacht das aus den Exkrescenzen herabfliefsende Sekret schmerzhafte Reizerscheinungen auf der Haut der Oberschenkel. Zuweilen sind beide Beine von einer diffusen Dermatitis befallen. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein im ganzen normales Stratum corneum, fehlendes Stratum lucidum, das Stratum granulosum mehr als gewöhnlich prominierend. Das Rete Malpighii ist deutlich hypertrophiert. Mitosen sind nicht vorhanden. Was die Cutis betrifft, so erscheinen die Papillen und das subpapilläre Gewebe schwach ödematös. Das Bindegewebe, welches die obere Gefäfsschicht stützt, zeigt um viele kleine dilatierte Lymphgefäfse ausgesprochene Rundzelleninfiltration. In den tiefsten Coriumschichten erscheint der Krankheitsprozefs in voller Entwickelung. Hier sieht man viele dilatierte Lymphgefäfse und vergröfserte Lymphräume, welche stellenweise mit koagulierten, Eosin absorbierenden Massen erfüllt sind. In anderen Lymphräumen sieht man wenige Leukocyten. Das elastische Gewebe ist auffallend vermindert, vielleicht durch das excessive Ödem in diesen Partien. Bakterien fanden sich trotz eifrigen Suchens nicht. Auf Grund der histologischen Befunde sieht Verfasser den Fall als ein „Lymphangioma superficiale auf der Basis tiefliegender, lymphangiektatischer Prozesse“ an.

III. **Zwei Fälle von „SAVILL's Disease“ (Dermatitis epidemica)**, von G. W. COLBY und J. M. WINFIELD-Brooklyn. Fall 1 betrifft einen 40jährigen Mann, der ein starker Potator, im übrigen aber gesund gewesen ist, namentlich keine Syphilis, Gicht oder Rheumatismus gehabt hat. Im November 1896 bekam er am linken Handgelenk einen papulo-vesikulösen Ausschlag, welcher sich am folgenden Tage auf den Vorderarm bis zum Ellenbogengelenk, in den nächsten Tagen bis hinauf zur Schulter ausdehnte. Kurze Zeit darauf wurde der andere Arm, später die Unter- und Oberschenkel in derselben Weise ergriffen. Gesicht und Rumpf blieben vollständig frei. Die Hauteffloreszenzen glichen an einzelnen Bezirken einem papulo-vesikulösen Ekzem, an anderen einem makulösen syphilitischen Exanthem. Der Ausschlag zeigte von Anfang an eine ausgesprochene Tendenz zur Desquamation. Die Abschuppung war sehr stark. Zeitweilig verursachte die Affektion dem Patienten heftiges Jucken. Der Patient litt an allgemeinem Unwohlsein, Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit; die Zunge war mit einem dicken weifsen Belag bedeckt. (Bei Potatoren doch nicht so ungewöhnlich! Ref.) Im Verlaufe von fünf Wochen verschwand der Ausschlag vollständig; aber seit dieser Zeit leidet der Patient an hochgradiger, allgemeiner Schwäche, tiefer Depression des Nervensystems, welche sich auch in vollständigem Verlust der sexuellen Potenz kund thut. — In dem zweiten Falle, der einen 20jährigen, wohlgebauten Maschinisten betraf, begann die Krankheit mit einer kleinen Papel in der linken Achselhöhle. Gleichzeitig traten an beiden Handgelenken zahlreiche kleine Wasserbläschen auf, die sich über Streck- und Beugeseiten beider Arme ausdehnten. Am Ende der zweiten Krankheitswoche war mit Ausnahme des Gesichtes und der Beine von den Knien abwärts, der ganze Körper von einem multiformen Ausschlage befallen. Begleiterscheinungen waren Schmerzen, hochgradiges Jucken, aufserordentlicher Durst, Obstipation. Der Appetit blieb gut. An einzelnen Stellen ähnelte der

Ausschlag einem papulösen Ekzem, an anderen einer Pityriasis maculata et circinata, an dritten einem wohlentwickelten Erysipel, letzteres namentlich an den Armen, die um das doppelte der natürlichen Größe angeschwollen waren. — Der Patient war ein mäßiger Potator und Tabakraucher, hat weder Syphilis, noch Gicht, noch Rheumatismus gehabt. Auch hier verschwand die Affektion innerhalb von fünf Wochen mit Hinterlassung einer allgemeinen Nervenschwäche.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Die Hautveränderungen beim akuten Gelenkrheumatismus, nebst Bemerkungen über die Natur des Erythema multiforme, von Gustav Singer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 38.) Verfasser schließt aus seinen Beobachtungen und Betrachtungen folgendes: Das Erythema multiforme kann idiopathisch und symptomatisch auftreten. Von den symptomatischen Formen sind diejenigen am allerhäufigsten, welche generalisierte pyämische Prozesse begleiten, in deren Symptomenkomplex diesen Hauterkrankungen eine gewichtige Stellung eingeräumt worden ist. — In zweiter Linie sind die Erythemformen zu erwähnen, welche den rheumatischen Gelenkprozeß komplizieren. — Aber auch das als idiopathisch aufgefaßte Erythem zeigt durch gehäuftes Auftreten im Frühjahr und Herbst, durch Fieber, Gelenkschmerzen, recidivierenden Verlauf, Kombination mit Angina und Endocarditis eine so wesentliche innere Verwandtschaft mit dem Gelenkrheumatismus, daß man in der Mehrzahl der Fälle hier an einen rheumatischen Prozeß denken muß, bei welchem die Gelenkerscheinungen in den Hintergrund treten. — In vielen Fällen entsprechen die Hauteruptionen Lokalisationen von im Blute kreisenden Mikroorganismen auf der Haut. — Die Bakterienfunde beim Erythema multiforme betreffen durchweg Staphylokokken und Streptokokken. — Man kann deshalb und nach der früher betonten Häufigkeit und Wichtigkeit des Erythems bei der Septicopyämie das Erythema multiforme — natürlich muß man hierbei von den seltenen rein nervösen Fällen absehen — als eine pyämische Hauterkrankung par excellence ansehen. — Unter dieser Voraussetzung und bei der nicht wegzuleugnenden inneren Verwandtschaft des Erythema multiforme und des akuten Gelenkrheumatismus ergiebt sich ein weiterer Gesichtspunkt, welcher darauf hinweist, auch den Rheumatismus den pyämischen Erkrankungen einzufügen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Antipyrinexanthem, von E. Webster. (*Brit. med. Journ.* 20. Febr. 1897.) Das 19jährige Mädchen hatte gegen Kopfschmerzen eine verhältnismäßig kleine Dosis Antipyrin in Verbindung mit Bromkalium in Lösung genommen. Unmittelbar darauf erkrankte sie mit Schüttelfrost und intensiver Dyspnoe. Das Gesicht war derart geschwollen, daß die Patientin kaum sehen konnte. Der Körper war bedeckt von einem hellroten, scharlachartigen Ausschlage, der verschieden große, urticariaähnliche Quaddeln aufwies. Die Zunge der Patientin war trocken, die Lippen und überhaupt das ganze Aussehen cyanotisch. Nach 30 Stunden waren sämtliche Erscheinungen verschwunden.

C. Berliner-Aachen.

Die lokalisierten Erytheme im allgemeinen und die lokalisierten Antipyrinerytheme im besonderen, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 37.) Die Erytheme vom Charakter des Erythema exsudativum multiforme wurden bis vor nicht langer Zeit noch alle auf angioneurotische Vorgänge zurückgeführt. Erst die Entwickelung der Bakteriologie brachte eine Änderung in der Anschauungsweise, da man bei infektiösen Krankheiten und nach Injektion von Toxinen Erytheme auftreten sah, Mikroorganismen in den Efflorescenzen nachweisen konnte. Man erkannte nun, dafs die betreffende Noxe nicht das Nervensystem angreift, sondern direkt die Gefäfswand. Wenn nur beschränkte Gebiete gewöhnlich ergriffen sind, so liegt das wohl daran, dafs es nur an den Stellen zu Veränderungen kommt, an denen der Cirkulation gröfsere Widerstände entgegentreten, so an den Extremitätenenden. — Oft sehen wir nach derselben Noxe stets dieselben Stellen erkranken. Eine Frau aus der Praxis des Vortragenden mit Endometritis und parametranem Exsudat zeigte bei jeder Menstruation ein Erythema urticatum unter der rechten Clavicula und in der linken Regio hypogastrica. — Eine andere Patientin bekam nach Antipyrin stets eine Affektion ähnlich der Psoriasis palmaris und eine Exkoriation an der Zunge. — Ein Bankbeamter reagierte auf Antipyrin stets mit Rötung und Schwellung eines Augenlides, Erosion an der Zunge und einer ekzemähnlichen nässenden umschriebenen Eruption. — Ein Arzt zeigte Pigmentierung in der rechten Glutäalgegend, der rechten Penis- Scrotalhälfte. Zeitweilig — nicht immer — trat auf Antipyrin eine Rötung und Schwellung dieser Stellen auf. — Es giebt eine persönliche, örtliche und zeitliche Disposition, die Verfasser in einer variablen Beschaffenheit der Kapillarwand sucht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erythem, hervorgerufen durch Primula obconica, von Arctander. (*Hosp.-Tid.* 9. Juni 1897.) Verfasser beobachtete mehrere Patienten, ausschliefslich Weiber, mit Erythem, welches nur an den Händen oder auch zugleich im Gesichte und am Halse lokalisiert war, und das in seinen starken Graden an Erysipelas erinnern konnte (starke Rötung und Geschwulst mit seröser Imbibition, stellenweise Bullae); es wurde von Parästhesien und Schmerz, zuweilen von Fieber begleitet, und verschwand schnell unter Abschuppung, recidivierte aber unaufhörlich. Verfasser fand, dafs diese Affektion von der Berührung mit Primula obconica, und speziell wahrscheinlich mit dem in den „Drüsenhaaren" derselben enthaltenen, gelblich gefärbten Sekrete herrührte. Die Pflanze wurde in den Zimmern bei allen diesen Patienten gefunden, und das Recidivieren der Affektion hörte mit der Entfernung derselben auf. Doch mufs, um von dieser Affektion angegriffen zu werden, zugleich eine gewisse individuelle Disposition vorausgesetzt werden, welche besonders bei Weibern zu bestehen scheint. Beim Verfasser selbst rief die Berührung der Pflanze keine Wirkung hervor.

N. Grom (*Hosp.-Tid.* 23. Juni 1897) teilt zwei ähnliche Fälle von Erythem, hervorgerufen durch Primula obconica, mit. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Febris erythematosa nach Luft- und Sonnenbädern, von Heinrich Lahmann. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 25.) Entsprechend dem bekannten umschriebenen Erythema solare unbedeckter, selten auch bedeckter Hautstellen giebt es auch bei Menschen, die Luft- und Sonnenbäder nehmen, ein universelles Erythem, das sogar mit Fieber einhergeht. Dieses ist oft wohl eine Folge des Erythems, in andern Fällen ist aber das Erythem umgekehrt ein Symptom eines autotoxischen excretorischen Fieberzustandes, dessen innere Ursachen die erhöhten Stoffwechselvorgänge und die dadurch erzeugten Autotoxine sind. Verfasser führt als Parallele die akuten Exantheme an, für die ihm ein organisiertes Gift unwahrscheinlich dünkt. Verfasser führt dann weiter die Lehre der Autointoxikation aus, wobei allerdings nicht alles als positiv

bewiesen anerkannt werden kann. Die Luft- und Sonnenbäder bewirken einen vermehrten Afflux zur Haut und erzeugen ein an Zersetzungsprodukten und Autotoxinen reicheres Blut. Dieses erzeugt auf der Haut die Erytheme, Hitze, Jucken, welches durch Abreiben mit Citronenscheiben, warme und heifse Bäder gelindert wird. An die Erytheme schliefst sich eine Exsudation und später eine Abschuppung der Haut. Eine totale Desquamation kommt nur sehr selten vor. In einem Falle hatte dieselbe nachträglich zu der falschen Diagnose „Scharlach" geführt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurotisches (stabiles) Ödem, von R. Norton. (*New York med. Journ.* 30. Jan. 1897.) Eine kurze Monographie über die klinischen Erscheinungen, Ätiologie, Pathologie und Therapie dieses interessanten Leidens und Bericht über einen einschlägigen Fall bei einer 31jährigen Frau. Derselbe bietet abes nichts Aufsergewöhnliches dar. *Philippi-Remscheid.*

Urticaria chronica infantum, von E. Pontoppidan-Kopenhagen. (*Hosp.-Tid.* 1897. No. 21.) Verfasser hat unter 2604 Fällen von Hautkrankheiten 29 Fälle dieser Affektion bei Kindern in den neun ersten Lebensjahren beobachtet, am häufigsten zwischen dem zweiten und vierten Jahre (18 Fälle) und am häufigsten während der Sommermonate. Weil die meisten Kinder überernährt, aber zugleich anämisch, nervös und dyspeptisch waren, vermutet Verfasser, dass diese Hautaffaktion ihre häufige Ursache in einer von den Digestionsorganen ausgegangenen Autoinfektion in Verbindung mit einer besonderen Disposition hat. Die Behandlung mufs symptomatisch und gegen die Disposition gerichtet sein, ebenso wie gegen eventuelle andere generelle Affektionen (wie Rachitis). *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Raynaudsche Krankheit, von F. Little. (*Brit. med. Journ.* 6. März 1897.) Die 19jährige, sonst gesunde junge Frau zeigt eine symmetrische Gangrän des ersten, mittleren und Ringfingers. Die Affektion begann während der kalten Witterung. Einige Monate vorher hatte die Patientin Attacken von lokaler Asphyxie. Die Zehen sind nicht befallen. Die Wangen zeigen die Anzeichen von Sklerodermie, wodurch der Gesichtsausdruck etwas steif und stupide erscheint. Die Kombination von Sclerodermа mit Raynaudscher Krankheit ist von Raynaud selbst beobachtet worden. Die Patientin erhält Nux vomica mit gutem Erfolge. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von allgemeiner Gefäfsneurose mit peripherer Gangrän (sog. Raynaudsche Krankheit), von Th. Lochte. (*Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. I, Heft 3.) Ein 53jähriger Mann, bis auf Emphysem und Bronchialkatarrh gesund, erkrankt im Anschlufs an heftigen Ärger unter den Erscheinungen symmetrischer Asphyxie. An den Endphalangen aller Finger mit Ausnahme der Daumen Blasenbildung mit Abschälung der Epidermis, an den Mittelfingern beider Hände und am vierten Finger links kommt es zu peripherer Nekrose. Die bei der ersten Attacke der Krankheit vorhandene Symmetrie wird bei den folgenden verwischt. Das zweite Mal tritt Cyanose der zweiten Zehe links mit oberflächlicher Nekrose ein, das dritte Mal erkranken Zeigefinger und vierter Finger der linken Hand. — Auffallend war die feinfleckige, cyanotische Verfärbung eines grofsen Teiles der marmoriert erscheinenden Haut der Extremitäten und des Rumpfes und zeitweilige Ödeme der Unterschenkel. Das Nervensystem wies keine Anomalie auf. Für die Möglichkeit eines bestehenden Ergotismus sprach nichts; es konnte also nur ein Fall von Raynaudscher Krankheit vorliegen. — Die eigentümliche Verfärbung der Haut liefs an die Möglichkeit denken, dafs vielleicht ein gehinderter Abfluſs des venösen Blutes bestehe. Verfasser versuchte deshalb, wie eine Steigerung der venösen Stauung

durch elastische Ligatur der Extremität wirke. Dieselbe wurde diffus mattgraublau, kühl, teigig. Nahm man die Binde wieder ab, dann stellte sich nicht, wie in der Norm, schnell eine diffuse rosenrote Verfärbung durch arterielle Hyperämie ein, sondern die Haut bekam ein ganz buntes Aussehen. Die livide Verfärbung blieb in zahllosen gröfseren und kleineren Herden bestehen, zum Teil grauweifse, ischämische Stellen enthaltend. Zwischen diesen cyanotischen Herden zeigten einzelne Flecken die rosarote Färbung, wie man sie bei Gesunden nach der Ligatur findet. Ein beigefügtes Bild illustriert diese eigentümlichen Vorgänge in der Haut, die auf einer Störung des Gefäfstonus beruhen müssen, also als Angioneurosen aufzufassen sind. Es liegt wohl eine solche auch dem Krankheitsbilde zu Grunde, denn nur während der Attacken konnte man diese Reaktion nach der Ligatur erzielen. — Verfasser ist nicht abgeneigt, als ätiologisches Moment psychische Traumen — in diesem Falle heftigen Ärger — gelten zu lassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen für Mensch und Tier pathogenen Mikrococcus, Staphylococcus haemorrhagicus, von E. Klein. (*Centralbl. f. Bakteriol.* XXII. No. 4.) Nach dem Abhäuten von im Puerperium verstorbenen Schafen mit hämorrhagisch-ödematöser Schwellung der Leiste und der Bauchdecken — „Gargel" nennen die Laien diese Erkrankung — bekamen drei Personen eine blasenbildende Hautentzündung an den Händen. Aus dem Inhalte der Blasen konnte ein Coccus gezüchtet werden, der sich von den bekannten Kokkenarten scharf unterscheidet, wie Verfasser des genaueren ausführt. Injektionen der Bouillonaufschwemmung einer Gelatinekultur bei zwei Schafen rufen starkes Fieber, Anschwellung des Beines, an dem injiziert war, hervor. Das erste Schaf war nach 70 Stunden moribund und wurde getötet. Die blutig-seröse Flüssigkeit der geschwollenen Teile enthielt den Coccus in Reinkultur und von sehr starker Virulenz. Das zweite Schaf erkrankt auch, wird aber schliefslich gesund. — Verfasser schlägt vor, den Coccus als Staphylococcus haemorrhagicus zu bezeichnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie des Skorbuts (*Brit. med. Journ.* 13. Februar 1897). Dr. Nansens Mannschaft ist auf der dreijährigen Nordpolexpedition von der Krankheit vollständig frei geblieben, obgleich dieselbe in den arktischen Regionen relativ häufig vorkommt. Nansen glaubt, dafs dem Skorbut leicht vorgebeugt werden könne, wenn auf die Konservierung von Fleisch und Fischen besonderes Gewicht gelegt würde. *C. Berliner-Aachen.*

Purpura und Knochenmark, von Jaunin. (*Rev. méd. d. l. Suisse rom.* 1897, No. 6.) Ein junger Mann mit einer schweren infektiösen Purpura war erfolglos mit allen möglichen Medikamenten behandelt worden, als es dem Verfasser einfiel, dem Patienten, nach dem Vorschlage von Alexiew, Knochenmark (vom Kalbe) in lauem Wasser verrührt zu verabreichen (3 mal täglich ein Efslöffel). Während ca. 8 Tagen kam es zu einer solchen Besserung, dafs man hätte eine unmittelbare Heilung erwarten können; leider aber erlag der Patient bald darauf im Collapsus seiner Infektion. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Purpura rheumatica, von F. E. Peake-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1897.) Die 23jährige, gut genährte Patientin hatte schon seit einiger Zeit keinen rechten Appetit mehr. Am 21. Mai, als Verfasser sie zum ersten Male sah, litt sie an einem allgemeinen, erythematösen, scharlachartigen Ausschlage. Erbrechen, Halsschmerzen waren nicht vorhanden. In zwei Tagen war der Ausschlag verschwunden; die Patientin klagte nur über Schmerzen in beiden Kniegelenken und über Muskelschmerzen in den Beinen. Puls und Temperatur waren normal. Natrium salicylicum brachte keine Erleichterung. Am 25. Mai bekam die Patientin heftiges

Erbrechen und klagte über Schmerzen im Epigastrium. Das Erbrechen sah wie Kaffeegrund aus. An demselben Tage trat die Menstruation ein. Trotzdem die Temperatur nur sehr wenig erhöht war, zeigte der schwache Puls 130—150 Schläge. Die Patientin fühlte sich aufserordentlich schwach. Am 26. Mai wurden die Beine und in geringerem Grade die Vorderarme von einem Petechialausschlage befallen. An der dorsalen Fläche beider Füfse, am Gesäfse, an beiden Ellenbogen traten gröfsere Blutextravasationen auf, die verschieden grofse Blasen bildeten. Das Zahnfleisch war nicht geschwollen, blutete auch nicht leicht, zeigte aber ebenso wie die Schleimhaut der Oberlippe Purpuraflecke. Die Schmerzen hatten aufser den Kniegelenken auch die Ellenbogen- und Schultergelenke ergriffen. Beim Ausbruche des Purpuraausschlages hörte das Blutbrechen auf. Die Purpuraflecke machten in den folgenden Tagen die gewöhnlichen Veränderungen durch, ehe sie verschwanden. Nach und nach hörten auch die Schmerzen auf. *C. Berliner-Aachen.*

Die Werlhofsche Krankheit malarischen Ursprungs mit Recidiv, von J. Tschuprin. (*Journ. f. Pädiatrie.* 1897. No. 2.) Bei einem 2½jährigen Kinde, das vor kurzem Malaria durchgemacht hatte, traten Symptome der Purpura haemorrhagica hervor. Chinin brachte Heilung; ein Recidiv trat indes später auf.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii nebst lokaler, chronischer Tuberkulose in den Nieren, in den rechtsseitigen iliakalen und retroperitonealen Lymphdrüsen, von Edmund Hoke. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 35.) Eine Kranke mit Morbus maculosus Werlhofii zeigte massenhafte Hämorrhagien an Haut und einige auch an Mund- und Nasenschleimhaut. Die Prognose schien eine gute. Jedoch starb Patientin plötzlich an den Folgen einer ausgedehnten Hirnblutung. Die Sektion ergab als unerwartete Befunde Tuberkulose der Nieren, der iliakalen und retroperitonealen Lymphdrüsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Traumatische Entzündungen.

Über die Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure, von Ssila-Novitzky. (*Journ. f. Kinderheilkde.* 1897. No. 2.) Verfasser hat sehr gute Resultate mit der Säure erzielt. Er gebrauchte folgende Lösung, mit der die Marly imprägniert wird: Acidi picrici 2,5, Spiritus vini 50,0, Aqu. destill. 500,0. Die Marly wird auf diese Weise auf die Verbrennungsstelle gebracht, darauf kommt eine Watteschicht und das Ganze wird mittelst Binde fixiert. Der Verband kann mehrere Tage liegen. Diese Behandlungsmethode unterscheidet sich günstig vor anderen dadurch, dafs keine Sekretion und keine Eiterung hervorgebracht, die Schmerzen gelindert werden und eine glatte Narbe erzeugt wird. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über die Behandlung der Verbrennungen zweiten und dritten Grades mittelst Thioform, von A. Radkewitsch. (*Allwöch. med. Blatt.* 1897. No. 9.) Verfasser beobachtete in 100 Fällen die Resultate der Thioformbehandlung bei Verbrennungen. Er wandte das Mittel in Pulverform an. Es bildete sich über der Wundfläche ein Schorf, unter dem die Verheilung gut von statten ging.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Eine partielle Atrophie der Nervi optici bei einer Patientin, welche wegen ausgedehnter Brandwunden mit Jodoform behandelt worden war, beobachtete Terson (Gesellschaft für Biologie, 16. Okt. 1897, I). Die Patientin hatte sich die Oberschenkel und das Abdomen verbrannt. Die Jodoformbehandlung hatte zur

Folge, daſs eine progressive Amblyopie mit doppelter weiſser partieller Atrophie der Optici entstand, welcher Zustand seit mehreren Jahren, trotz aller Behandlung, fortbesteht. Diese Atrophie muſs dem Jodoform und nicht etwa den infolge der Verbrennung im Blute cirkulierenden toxischen Produkten zugeschrieben werden, da ganz analoge Atrophien bei Intoxikationen nach innerlichem Gebrauche von Jodoform beobachtet worden sind. (*Presse méd.* 1897. No. 89.) *C. Müller-Genf.*

Über merkurielle Exantheme, von O. Rosenthal. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Die merkuriellen Exantheme sind relativ nicht allzu selten. Daſs die nach äuſserer Applikation eintretenden mehr auf der Haut unzuträgliche Beschaffenheit der Salbenkonstituentien zurückzuführen sind, wie Neisser meint, ist nicht wahrscheinlich. — Von den klinischen Formen ist die häufigste die Follikulitis; dieselbe bildet rote, harte Knoten, führt fast niemals zur Eiterung und Borkenbildung. Die Involution geht durch langsame Resorption spontan von statten. — Demnächst ist häufig das Erythem, bald mehr masern-, bald mehr scharlachähnlich, zuweilen sich zum Ekzem steigernd; hier kommen die verschiedensten Varietäten vor. Einen ernsteren Charakter erhalten die Erytheme durch hinzutretende Hämorrhagien, die gewöhnlich central in den Flecken liegen. Auch das Erythema exsudativum multiforme nach Quecksilber kommt vor, ebenso Urticaria. Typische Purpura ist auch beobachtet; einen Fall mit stecknadelkopfgroſsen, spitzen Blutungen hat Verfasser berichtet. Die schwerste Nebenwirkung auf der Haut stellt die Dermatitis mercurialis bullosa dar, die in ihrer äuſseren Erscheinung sehr dem Pemphigus ähnelt. — Die Merkurexantheme sind wie die meisten Arzneiexantheme sehr polymorph. Sie beginnen im Beginne der Quecksilberanwendung, mitunter aber auch erst nach Wochen oder Monaten. Sie schwinden meistens kurze Zeit nach dem Aussetzen des Quecksilbers. — Der Ausgangspunkt ist bei äuſserer Applikation meistens die Applikationsstelle, oft aber auch eine andere; z. B. ergreift die Urticaria gerade die nicht eingeriebenen Stellen. Die Ausbreitung ist symmetrisch, kann erfolgen 1. durch kontinuierliches Fortwandern, 2. durch sprungweises Auftreten, 3. auf beide Arten. — Auch die Schleimhäute können ergriffen werden. Die Allgemeinerscheinungen gehen den äuſseren Symptomen parallel. — Nach jeder Applikationsweise können Exantheme entstehen, die Empfindlichkeit der Individuen kann aber den verschiedenen Applikationsweisen gegenüber eine verschiedene sein. Ebenso verhält es sich mit den verschiedenen Präparaten des Quecksilbers. Daſs die unlöslichen Salze häufiger Exantheme bedingen, ist durchaus nicht richtig. Zwischen den Exanthemen und den anderen Quecksilberintoxikationserscheinungen besteht ein eigentümliches Miſsverhältnis; ein kombiniertes Vorkommen ist selten. — Vorbedingung für das Auftreten von Quecksilberexanthemen ist das Vorhandensein einer Idiosynkrasie. Verfasser unterscheidet eine absolute und die relative Idiosynkrasie; letztere ist die bei weitem häufigere. Dieselbe kann angeboren oder zeitlich erworben sein, dauernd bestehen oder eine vorübergehende sein. Begünstigend wirken chronisch-schwächende Krankheiten, groſse Dosen etc. Frauen neigen zu schwereren Exanthemformen. Auch das Klima ist von Bedeutung; Schoenlein nahm an, daſs in salzreicher Luft Quecksilber schlechter vertragen wird. — Zuweilen gelingt es, eine Angewöhnung an Quecksilber zu erzielen. — Die Entstehung der Exantheme beruht auf einer Beeinflussung des vasomotorischen centralen oder peripheren Nervenapparates durch das Quecksilber.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung dilulierter Chemikalien auf das lebende Gewebe, mit besonderer Rücksicht auf die Karbolgangrän, von Josef Lévai. (*Pest. med.-chir. Presse.* 1897.) Die klinischen bösen Erfahrungen

bei der Anwendung von Karbolumschlägen gaben dem Verfasser Veranlassung, die Wirkung diluierter, differenter Substanzen experimentell bei Kaninchen zu prüfen. Er wählte Karbolsäure, Salzsäure, Salpetersäure, Schwefelsäure, Essigsäure, Kalilauge. Alle diese Substanzen bewirken, verdünnt als Umschlag angewendet, trockene Gangrän im Gebiete der Applikation. Kalilauge wirkt am stärksten, Essigsäure am schwächsten. Die verdünnte Kalilauge wirkt auflösend auf Harn- und Eiweifssubstanzen. Verdünnte Karbolsäure tötet die Gewebselemente auf chemischem Wege, sie in dem Zustand fixierend, in dem sie sich im Moment des Absterbens befanden. Anfangs bewirken alle genannten Chemikalien Hyperämie und eine ödematöse Lockerung der Epithelien; die Tiefenwirkung ist aber eine verschiedene. Das Abtöten der Gewebe geschieht schichtweise. Bemerkenswert ist, dafs die Neurose nach Anwendung diluierter Karbollösungen tiefer geht als die durch koncentrierte Karbolsäure hervorgerufene, da hier der Schorf das weitere Vordringen verhindert. — Eine lokale Disposition für die Gangrän wird gegeben durch sehr permeable Haut, dünnes Epithel, fehlende Behaarung, vorhandene Verletzung. — Auch diese Ergebnisse mahnen wieder mit der Verordnung diluierter Chemikalien, speziell der Karbolsäure, zu feuchten Verbänden besonders vorsichtig zu sein. Verfasser plädiert auch für ein Verbot des Handverkaufs des Karbols. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Karbolgangrän, von Leusser-Kissingen. (*D. ärztl. Praktiker.* 1896. No. 24.) L. berichtet über 3 Fälle von Karbolgangrän, bei einem nach Anwendung von schwacher Karbollösung (3%), bei den beiden anderen von reiner Karbolsäure. Sowohl in den mit schwacher Lösung als auch in den mit koncentrierter Karbolsäure behandelten Fällen kam es zum trockenen Brand, der seine Entstehung (nach Frankenburger) der Einwirkung der Karbolsäure auf die Blutgefäfse und die Blutkörperchen verdankt. Je nach der Stärke der Lösung, der Länge der Einwirkungsdauer tritt der Brand rascher und intensiver auf. In allen 3 Fällen waren die Wunden der Patienten nur geringfügiger Natur und safsen an den für Gangrän bevorzugten Stellen: Finger, Zehen, Extremitäten. Auch in den vorliegenden Fällen fand sich, wie in früheren Erkrankungen, dafs Frauen, Kinder und durch schlechte Ernährung oder Krankheit geschwächte Personen zu solchen Krankheitserscheinungen bei Karbolgebrauch disponieren. Verfasser warnt eindringlich vor dem Gebrauch der Karbolsäure und hält es für geboten, dahin zu wirken, dafs die Karbolsäure als Wunddesinfektionsmittel aus der Reihe der sogenannten Hausmittel verschwindet. Schliefslich soll den Apothekern untersagt werden, Karbolsäure auch in schwächster Lösung ohne ärztliche Verordnung an das Publikum abzugeben, das niedere Heilpersonal soll darüber belehrt werden, dafs Karbolsäurelösung nur für Desinfektion der Instrumente, Exkremente und Wohnungen Verwendung finden darf.

Karl Ries-Stuttgart.

Ein Fall von Dermatitis infolge der Röntgenstrahlen, von H. R. Crocker-London. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1897.) Der 16jährige Patient, Lehrling bei einem Instrumentenmacher, wurde behufs Aufnahme der Wirbelsäule von seinem Meister eine Stunde lang den Röntgenstrahlen ausgesetzt, und zwar wurde eine Crookessche Röhre etwa 5 Zoll vom Epigastrium plaziert. Zwischen der Röhre und der Haut befand sich das Flanellhemd. Zur Zeit der Exposition wurde auf der Haut nichts bemerkt, aber am nächsten Tage zeigte sich dieselbe gereizt, tief rot in dem von den Röntgenstrahlen durchleuchteten Bezirk. Die Reizbarkeit nahm zu und etwa sechs Tage nach dem Experiment fühlte sich die Haut steif an. Zwei Tage später entwickelten sich an der Stelle Bläschen, die für die nächsten zwei Tage an Gröfse und Zahl noch zunahmen. Die affizierte Partie schmerzte wohl, aber juckte nur wenig.

Folge, dafs eine progressive Amblyopie
Optici entstand, welcher Zustand seit
besteht. Diese Atrophie mufs dem Jo
brennung im Blute cirkulierenden tox
analoge Atrophien bei Intoxikation
beobachtet worden sind. (*Presse m*

Über merkurielle Exanthe
1897. No. 42.) Die merkuriellen
nach äufserer Applikation eintre
heit der Salbenkonstituentien zu
scheinlich. — Von den klinisch
bildet rote, harte Knoten, fü
Involution geht durch langs
häufig das Erythem, bald m
zum Ekzem steigernd; hie
ernsteren Charakter erhalt
gewöhnlich central in de
forme nach Quecksilber
beobachtet; einen Fall r
richtet. Die schwerste
bullosa dar, die in ib
Merkurexantheme sin
ginnen im Beginne d
oder Monaten. Sie
silbers. — Der Aus
stelle, oft aber a
geriebenen Steller
tinuierliches For
Auch die Schlei
den äufseren Sy
entstehen, die
kationsweisen
schiedenen P
bedingen, i
Quecksilber
kombinier
silberexan
eine ab
Dieselb
vorüber
Dosen
Bede
trag
—
ce

ater denen Besserung eintrat. Von
lenen Stelle erst mehrere Wochen
Verfasser erwähnt analoge Fälle
en, dafs die X-Strahlen eine
sogar eine langsam ab-
el mit vorangehender
ande sind. Diese üblen
auert, zu oft wiederholt,
t. Die Thatsache, dafs in
ikrinsäure einen gewissen
n zu verleihen schien, läfst
elbe Farbe der Pikrinsäure
C. Berliner-Aachen.

nhaare, von Ludwig Spitzer.
52jährigen Patienten entwickelte
ger, unverschieblicher Tumor, der
laut über demselben war blaurot
grofse, lichtgelbe Knötchen durch-
sehen, wurde die Amputation vorge-
tion. Die Untersuchung ergab, dafs
bestand, in das zahlreiche Knötchen
oiden Zellen mit Riesenzellen; central
t man hellglänzende, grüngelbe Gebilde
elförmiger Gestalt mit centraler Höhlung.
e dicht behaarte Raupe im Stiefel auf dem
s Brennen und Jucken bereitete. Der Fufs
aber in wenigen Tagen zurück. An dieser
der Tumor. Es waren die Haare dieser Raupe
; dieselben bestehen aus Chitin und enthalten
Jessner-Königsberg i. Pr.

---

sche Entzündungen.

peripherischer Lähmung des Nervus musculo-
erl. klin. Wochenschr. 1897. No. 37.) Die isolierte
utaneus bewirkt: Lähmung der Beuger des Vorder-
längs des radialen Randes des Unterarms. Zwei Fälle
entstand nach einer Fraktur des Oberarms, einer durch
selhöhle. Der M. biceps ist degenerativ gelähmt, der
in dem einen Fall nur teilweise (die inneren Bündel).
— Im ersten Fall fanden sich an der Haut des rechten
hten Vola manus eigentümliche Hautveränderungen. Diese
iner Psoriasis, die sich aber bestimmten Nervengebieten an-
erkenswert war, dafs das Exanthem neben den Volarflächen
en Fingers auch die Dorsalflächen der Endphalangen dieser
nen Abschnitte des Daumens ergriffen hatte, entsprechend der
ile durch den Nervus medianus und ulnaris. Die Hautverände-
ine bandförmige Anordnung. Es liegt also nahe, eine trophische
m. Auffallend ist aber das Auftreten des Exanthems sechs Jahre
verletzung und der Sitz nur im Gebiete des Nervus medianus

...taneus brachii medius, ohne nennenswerte Beteiligung des Gebietes ...ocutaneus. Auffallend ist auch, dafs die Sensibilität im Gebiete ... war, nur über ein Taubheitsgefühl im Giete des medianus ... nun annehmen, dafs nach der MARINESCO-GOLDSCHEIDER- Störungen durch den Wegfall peripherischer, auf die ...eize bedingt war. Vielleicht sind auch die Nervi ...rnus durch die Verletzung oder durch den späteren ...dafs trophische Störungen entstanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurosen der Haut, von A. VAN HARLINGEN. (*Amer. Journ.* ...li 1897.) In dieser sehr fleifsigen Arbeit giebt Verfasser unter ...ichtigung der Litteratur (mit ausführlicher Quellenangabe) eine ...egenwärtigen Standpunkts dieser Frage. Eigene Beobachtungen geteilt, doch erkennt man, dafs H. der Frage auch praktisch näher ... kommen zur Besprechung von diesem Gesichtspunkte aus folgende ...n: Erythem, Dermatitis, Urticaria (nebst Dermographie), Hyperidrosis, ...aria bullosa, Pemphigus, Herpes zoster, Ekzem, Gangrän, Pigmentierungen, ...chen, Chromidrosis, Ecchymosen und Haematidrosis. — Für jeden, der sich ...egenstand interessiert, ist die Arbeit, welche sich auf amerikanische, eng- ...eutsche, französische und holländische Publikationen stützt, von grofsem Wert.

Philippi-Remscheid.

Ein Fall von Herpes zoster cervicalis, kompliziert mit totaler Facialis-...aralyse, von OLAF FRICH. (*Magasin for Lægevidensk.* 1896. No. 11.) Die Facialis-paralyse, welche bei einem 75jährigen Manne ungefähr 14 Tage nach Beginn des von heftigen Neuralgien begleiteten Zoster plötzlich entstand, wurde im Laufe von 2 bis 3 Wochen unter Anwendung schwacher galvanischer Ströme vollständig gehoben. (Ref. hat vor kurzem einen ganz ähnlichen Fall beobachtet. Am häufigsten soll doch die Facialisparalyse als Komplikation bei einer Zona ophthalmica auftreten — vergl. G. RAEDE: Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. Thèse de Paris. 17. Juni 1896.)

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Das Auftreten von Zoster unterhalb des Knies, von S. ECCLES-London. *Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1897.) Der 25jährige Patient führt den Ausbruch seiner Affektion auf eine scharfe Erkältung zurück. Am 21. Oktober 1896 fühlte er Schmerzen und Steifigkeit in beiden Schulter- und Kniegelenken. 26. Oktober brach im Bereich des 7. und 8. rechten Interkostalraumes ein teils erythematöser, teils bläschenartiger Ausschlag aus, der auch andere Stellen sowohl am Rumpfe wie in den unteren Extremitäten und zwar zumeist im Verlaufe bestimmter Nervenbezirke ergriff. Der Ausschlag verursachte nur wenig Schmerzen und war nach ca. 14 Tagen verschwunden. — Ähnliche Fälle beschreiben im folgenden CRISP, WATKIN BROWNE und AXFORD.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

Die neue Casparheinrichquelle in Bad Driburg als Diureticum und Heil-mittel gegen Erkrankungen der Harnorgane, von FOSS. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 37.) Zur ersten Prüfung der genannten Quelle wurden 12 Rekonvalescenten mit intakten Harnorganen und 1 Kranker mit tuberkulöser Nephritis herangezogen;

zu Versuchsgetränken wurden der Reihe nach Wasser, Fürstenbrunner-, Wildunger Georg-Victor-, endlich Caspar-Heinrich-Quelle benutzt. Das Gesamtresultat der Prüfung war folgendes: Zunächst zeigte sich bei den Rekonvalescenten mit gesunden Harnorganen durch den Genufs der Caspar-Heinrich-Quelle eine Zunahme der Diurese um 100—300 ccm im Tage gegenüber dem Genusse gleicher Quantität Wasser oder Fürstenbrunnquelle. Bei dem Kranken mit Nierentuberkulose fand aber eine ganz erstaunliche Zunahme der Harnmenge durch das Driburger Wasser statt, die vergleichsweise sich in drei Tagen gegen 1500 ccm auf 9000 ccm hob. Der Verfasser hat sodann an Krankenhauspatienten und Kurgästen die Wirkung der neuen Quelle in exakter Weise prüfen können. Zunächst berichtet er über die Wirkungen bei 4 Fällen reiner chronischer Nephritis. Diese Kranken mufsten liegen, bekamen Milch und Milchspeisen, später dazu Weifsbrod, schliefslich etwas vielseitigere, jedoch reizlose Kost.

Diese Fälle werden genauer beschrieben. Als Beobachtungsresultat fand sich folgendes: 1. Die neue Quelle wirkt bei gesunden Harnorganen, speziell Nieren, schwach diuretisch; 2. Dieselbe wirkt bei chronischer Nephritis sehr stark diuretisch; 3. mit Verschwinden resp. Verminderung des Eiweifsgehaltes steigt natürlich die Tagesmenge, da ein grofser Teil der Harnkanälchen wieder funktionstüchtig wird. Mit zunehmender Besserung oder Heilung verringert sich aber der diuretische Effekt des Brunnens, so dafs derselbe sich einem solchen auf gesunde Nieren nähert. — Von weiteren Erkrankungen der Harnwege war besonders eine rasche Heilwirkung auf Nierenbecken- und Blasenkatarrh zu verzeichnen, desgleichen auf Nierensteine. *Neuhaus-München.*

1. **Grofses Angiom an der Oberlippe.** Ein kurz nach der Geburt konstatierter Naevus an der Oberlippe wird operiert. Hierauf Recidiv und rapides Wachstum. Eine spätere Operation wird wegen starker Blutung nicht vollendet. Nach Durchführung eines Haarseils weitere, rasche Vergröfserung. Bei dem 32jährigen Manne findet sich eine weit über die Unterlippe herabhängende, rote, stark pulsierende Geschwulst. Dieselbe wird excidiert und der Defekt von der Wangenhaut gedeckt. An der Nahtstelle entsteht ein neues Angiom, das sich nach Injektionen von Toxinen innerhalb eines Jahres langsam zurückbildet.

2. **Hautaffektion bei blennorrhoischer Septikämie.** Drei Monate nach der Infektion Arthritis, ein Jahr später Infiltrationen des nuchalen Bindegewebes, einseitige eiterige Epididymitis, Gelenkaffektionen, Anämie. Dann treten am Unterschenkel, Fufsrücken und Vorderarm beiderseits schmerzhafte, indurierte, rote Blattern auf mit centralen, kraterförmigen, scharfrandigen Geschwüren von 5 bis 25 mm Durchmesser; Syphilis auszuschliefsen. Nach Entfernung des eiterigen Testikels und Behebung einer Urethralstriktur allmähliches Verschwinden aller Erscheinungen. In der Nähe der affizierten Hautstellen entstehen ährenförmig angeordnete Reihen von linsengrofsen, desquamierenden Papeln. Die Untersuchung des Geschwürsinhaltes ergab neben Gonokokken noch ein Bakterium.

3. **Cyste und Abscefs in der Palma manus,** die beide operativ entfernt werden. Robert Morris (*New York med. Journ.* 7. Juli 1897). *H. Einhorn-München.*

Das **Kompendium der Hautkrankheiten** unseres fleifsigen Mitarbeiters Dr. S. Jessner ist von Alippio Rondello ins Italienische übersetzt und im Verlag Unione tipografico in Turin unter folgendem Titel erschienen: *Terapia delle malattie della pelle con cenni sui sifilodermi e sull' impiego dei cosmetici e copioso ricettario ad uso degli studenti e dei medici pratici.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 8. 15. April 1898.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis (Unna).

Von

Dr. William Loth
St. Louis. U. S. A.

Ein zufälliger Befund war es, dafs bei der Untersuchung eines in Formalin fixierten weichen Schankers die Streptobacillen aufserordentlich deutlich bei der Färbung hervortraten. Diese Thatsache legte die Möglichkeit nahe, für die Untersuchung und Darstellung des Streptobacillus Unna das Formalin systematisch zu verwerten und nachzuforschen, ob der Gebrauch des Formalins nicht einen Fortschritt bedeute für den angegebenen Zweck.

Unter diesem Gesichtspunkte bin ich, einer Anregung des Herrn Dr. Unna folgend, an die Beurteilung einer Reihe von Fällen von Ulcus molle herangegangen. Die passende Gelegenheit bot sich mir, indem gerade während meiner Anwesenheit in Hamburg eine gröfsere Anzahl von Fällen in der Unnaschen Poliklinik zur Beobachtung kam und das Material möglichst frisch zur Untersuchung herangezogen werden konnte.

Der Streptobacillus Unna gehört mit zu den kleinsten Bakterien, die wir kennen; seine Darstellung war von jeher mit Schwierigkeiten verknüpft, und selbst das mikroskopisch geübte Auge mufs erst lernen, ihn in jedem Falle zu erkennen.

Für Bakterienzwecke scheint bislang alles Material im Alkohol fixiert zu sein, und die von Unna ausgearbeiteten Färbemethoden beziehen sich gleichfalls auf in solcher Weise vorbereitetes Material. Chromsäure und Pikrinsäure erwiesen sich zur Fixierung des Bacillus als völlig wertlos, und auch an der Alkoholfixierung war auszusetzen, dafs das Gewebe nur mit grofser Vorsicht entfärbt werden durfte, um die Bacillen nicht mit zu entfärben. Eine Kontrastfärbung war fast gänzlich ausgeschlossen bei der schweren Fixierbarkeit des Bacillus und der Widerstandslosigkeit des gefärbten Bacillus Säuren gegenüber: mancherlei Gründe, welche von der Formalinfixierung einen Fortschritt erwarten liefsen.

Jeder Schanker wurde in zwei Teile zerlegt, der eine in Alkohol, der andere in eine 10%ige Formalinlösung gebracht für 2—24 Stunden, dann in gewohnter Weise nachgehärtet in Alkohol von steigender Konzentration. Celloidineinbettung für sämtliches Material. Ich fand, dafs die Dauer der Einwirkung des Formalins für den beabsichtigten Zweck ohne Einfluſs war, was von vornherein auch ziemlich wahrscheinlich war, da die zu untersuchenden Objekte nur einen sehr geringen Dickendurchmesser hatten.

Zur Anwendung gelangten bei dem gesamten Material alle von Unna angegebene Methoden,[1] Bakterien in Schnitten zu färben; von den für die Streptobacillen Geltung habenden Methoden, welchen allerdings nur Alkoholmaterial zu Grunde lag, erwiesen sich nur drei für das Formolmaterial brauchbar. Mit Hülfe dieser aber wurden Bilder gewonnen, welche zeigten, dafs die Formolfixierung voranzustellen ist.

Das Material wurde mittelst der in der Poliklinik seit langem gebräuchlichen Methode von den Herren Dr. Herz und Dr. Delbanco gewonnen; die Umgebung wird mit Seife gereinigt, die zu entfernende Partie wird mit Äthylchlorid vereist und mit dem Rasiermesser abgetragen: eine Methode, die, was Eleganz und Schnelligkeit der Ausführung betrifft, von keiner anderen übertroffen wird, überdies für den Patienten völlig schmerzlos verläuft. Die mit Argentum zur Stillung der Blutung leicht überfahrene Wunde verheilt unter Jodoform und Zinkpflastermulldecke in kürzester Zeit, ohne die Spur einer Narbe zu hinterlassen; Geschwüre mit indolentem Grunde und aufgeworfenen Rändern werden in reine blutende Flächen verwandelt, die unter geeigneter Behandlung zur schnelleren Heilung führen, als jede Lokalbehandlung des Geschwürs es vermag. Die angegebene Methode liefert gleichzeitig ein zweckmäfsiges Material für das Studium. Die drei Methoden stellen sich folgendermafsen da:

I. Die Schnitte, nicht dicker als 10 Mikra geschnitten, werden von 80%igem Alhohol in Wasser gerbacht; dann in Polychrom-Methylenblaulösung (Grübler) gefärbt für 5 Minuten; abgewaschen in Wasser und in verdünnter Glycerinäthermischung (Grübler) entfärbt; sie werden dann gründlich in Wasser gewaschen und ziemlich trocken in 80%igen Alkohol,

---

[1] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1895. Bd. 21. S. 543. Ich wendete die folgenden Methoden an:

1. Gentian — Jod + Eosin — Anilin + HCl Anilin.
2. Fuchsin — Tannin + Orange.
3. Methylenblau — Jod + Eosin.
4. Methylenblau — Tannin + Orange.
5. Methylenblau — Tannin + Säurefuchsin.
6. Methylenblau — Salpetersäure + Tannin + Eosin + Anilin.
7. Methylenblau — Rotes Blutlaugensalz — Anilin + Salzsäure.
8. Methylenblau — Glycerinäthermischung.

dann in Alkohol + Äther ää gebracht (zur Entfernung des Celloidins); dann in absoluten Alkohol, Öl und Balsam.

II. Färbung für 5 Minuten in Polychrom-Methylenblau (Grübler); Abwaschen in Wasser und dann in eine 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz für 1 Minute gebracht; die Schnitte werden hier sofort violett umgefärbt und der Farbstoff wird fixiert. Sie werden dann, nach Abwaschen im Wasser, in Alkohol entwässert, auf dem Objektträger getrocknet und mit 1%igem salzsauren Anilin entfärbt; sie werden dann mit Xylol abgespült und in Balsam eingebettet.

III. Die Schnitte werden in Polychrom-Methylenblau für 5 Minuten gefärbt, abgespült in Wasser und dann entfärbt in Tannin-Orangelösung (Grübler) bis sie eine gelbliche Farbe enthalten; dann werden sie gründlich in Wasser ausgewaschen, in Alkohol entwässert und dann in Öl gebracht; in Balsam eingebettet.

Von diesen drei Methoden giebt die erste die instruktivsten Bilder insofern, als aufser den klar hervortretenden Bacillen die Plasmazellen und das Bindegewebe die Farbe in grofser Ausdehnung fest halten. Nach der zweiten Methode treten nur die Bacillen gut hervor auf einem diffusen blafsblauen Grunde, innerhalb dessen die Zellgrenzen nur angedeutet sind, bzw. ganz verschwinden, was von dem Grade der Entfärbung abhängt. Die dritte Methode erfordert mehr Zeit, übertrifft die anderen aber an Sicherheit; die Bacillen scheinen blau auf gelbem Grunde und die Kerne erscheinen auch gefärbt; der Grad allerdings, in welchem die Gewebselemente zur Darstellung gelangen, ist auch in empfindlicher Weise von der Stärke der Entfärbung abhängig. Die zweite Methode, welche eine Fixierung durch rotes Blutlaugensalz und eine Entfärbung auf dem Objektträger mittelst salzsauren Anilins verlangt, giebt die übersichtlichsten Bilder der Bacillenketten.

Das Formalinmaterial ergab zum Unterschied von dem Alkoholmaterial in entsprechenden Schnitten, unter Einhaltung derselben Zeit und Intensitätsverhältnisse bei der Färbung, weit mehr Bacillen, abgesehen von der gröfseren Deutlichkeit, mit welcher sie sich dem Untersucher zeigten.

Die Bacillen finden sich nur in einem sehr kleinen Teil isoliert, im übrigen tritt das Bestreben hervor, Ketten zu bilden, indem sie sich aneinander reihen, was zweckmäfsig in dem von Unna gewählten Namen des „Streptobacillus“ zum Ausdrucke kommt.

Die schönsten und die längsten Ketten sieht man an den Grenzen gegen das erhaltene Gewebe; hier senken sie sich tief in die Cutis ein zwischen die Plasmazellen; die mehr oberflächlich gelegenen breiten sich mehr parallel der Oberfläche des Geschwüres aus, überall aber in der Formation langer Ketten; die in die Tiefe ziehenden gehen in radialen Strahlen dem subcutanen Gewebe zu. Die frischeren Fälle zeigten die

Bacillen vorwiegend in den oberflächlichen Partien, während in den Geschwüren von längerer Dauer die langen Ketten sich tief in die Cutis einsenken, die Gewebsspalten ausfüllend. Eine intracelluläre Lage wurde niemals gesehen.

Einer der untersuchten Fälle betrifft einen Patienten, der die ersten Symptome angeblich vor vier Wochen bemerkt hatte; in der Nähe eines gröfseren, einpfennigstückgrofsen Ulcus, dessen Ränder induriert waren und welches als ein Chancre mixte aufgefafst werden mufste, safsen mehrere viel kleinere, zum Teil erst beginnende, typische Ulcera mollia. Von letzteren wurden zwei entfernt, aufserdem das indurierte Ulcus. Letzteres zeigte die Streptobacillen in grofser Zahl in der angegebenen Verteilung, während die frischeren Ulcera die Bacillen in enormer Menge und über das ganze Gesichtsfeld zeigten. Das mikroskopische Bild des ersten Ulcus ergab, dafs die Induration auf die Neubildung vom Bindegewebe zurückgeführt werden mufste, welches in den tieferen Partien die Gefäfse umsäumte und an die Stellen der Plasmazellen getreten war, welche in den höheren Partien ausschliefslich perivaskulär sich gruppierten.

Die Bacillenketten zeigten ihre radiäre Ausstrahlung und drangen in das neugebildete Bindegewebe vor, welches wie aufgespalten erschien. In einigen stark entfärbten Schnitten vermochte man die Bacillenketten als solche auch ohne Immersion zu erkennen. (Leitz, Obj. 6.)

Meine nächste Aufgabe mag jetzt sein, nachdem die Vorzüge der Formolfixierung für die Darstellung des Streptobacillus bewiesen sind, festzustellen in gleicher Weise, welchen Einfluſs die verschiedene Art der Fixierung auf das Gewebe selbst hat.

Für Protoplasmafärbung wurde die Polychrom-Methylenblau — Anilin + Alaun-Methode herangezogen; in den Formolpräparaten war das Spongioplasma der in der Tiefe des Schankers befindlichen hypertrophischen spinnenförmigen Zellen aufserordentlich schwach gefärbt, die Plasmazellen wurden mehr an ihren Umrissen erkannt, ihre Kerne aber waren tief gefärbt und ebenso traten die Kerne der Leukocyten aufserordentlich klar und stark hervor. In dem Kerne der Plasmazellen beschränkte sich die starke Färbung auf das Chromatin. Die Mastzellen sind als solche noch sichtbar, doch nur schwach gefärbt. In den tieferen Teilen des Gewebes und vor allem jenseits der Grenzen des Ulcus waren die Plasmazellen, infolge der geringen Zahl der Leukocyten, leichter auffindbar.

In den entsprechenden Alkoholpräparaten war das Spongioplasma schön gefärbt, vor allem in den Zellen des subcutanen Gewebes, und auch das Granoplasma trat besser hervor als in den Formolpräparaten. Die Leukocyten traten in dem Gesichtsfelde hinter die Plasma- und Mastzellen zurück. Die Plasmazellenmethode (Polychrom-Methylenblau-Glycerinäthermischung) ergab, dafs in den Formolpräparaten die Plasma-

zellen zurücktraten, weil das Granoplasma äufserst schwach gefärbt war; die Mastzellen hingegen traten klar hervor; das Protoplasma der Epithelien wiederum war weniger gut gefärbt, wie überhaupt das Protoplasma im allgemeinen. Die Kerne traten mit der Kerntinktion scharf hervor, was zu einem Teile davon abhängt, dafs das Protoplasma so wenig gefärbt ist.

Von den Kollagenmethoden zeigt die Färbung mit Polychrom-Methylenblau — Neutrales Orcein das Kollagen weniger gut gefärbt als in den Alkoholpräparaten; das Kollagen tritt daher weniger hervor. Aber in der oberen nekrotischen Zone des Ulcus, wo in den Alkoholschnitten ein schwacher Rest des Methylenblau in Form einer grünlichen Färbung fixiert ist, tritt in den Formolschnitten, an Stelle dieser grünen Farbe, ein ganz ungewöhnlicher hellbräunlicher Orceinton uns entgegen, und zwar handelt es sich hierbei hauptsächlich um eine völlige Umfärbung der abgestorbenen Zellen; mit anderen Worten, die nekrotische Zone zeigt in den Alkoholpräparaten eine schwach saure Reaktion, daher die Blaufärbung; in den Formolpräparaten ist diese Reaktion herabgesetzt, wodurch, bei der Orceinnachfärbung, das Methylenblau vollständig zu gunsten des Orceins aufgegeben wird.

Aus diesem Unterschiede können wir erschliefsen, dafs bis zu einem gewissen Grade das Formol die sauren Eigenschaften der Gewebselemente herabsetzt, wenn es mit dem frischen Objekt in Kontakt gebracht wird. Diese Thatsache erklärt es wohl auch, dafs das Spongioplasma und Granoplasma in den Formolpräparaten zurücktreten und das Blau nur zu einem geringeren Grade annehmen. In den mit dem neutralen Orcein behandelten Formolschnitten zeigen streckenweise sogar die elastischen Fasern die Orceinfarbe, annähernd so scharf als wenn sie mit saurem Orcein gefärbt wären. In den Alkoholpräparaten war solches niemals der Fall.

In den Formolpräparaten war das elastische Gewebe (saures Orcein) stärker und tiefer gefärbt als in den Alkoholpräparaten; vor allem war dieses an den Grenzen des Ulcus und an der Wandung der grofsen Gefäfse zu beweisen.

Unsere vergleichenden Befunde an Alkokol- und Formolmaterial wurden, wie noch einmal hervorgehoben werden soll, in der Weise angestellt, dafs die Schnitte immer in dieselben Lösungen gleichzeitig und gleich lange Zeit gebracht wurden.

Unsere Ergebnisse fassen wir so zusammen:

Die Formolfixierung eignet sich vorzüglich zur Darstellung des Unna-schen Streptobacillus des Ulcus molle.

Die Färbemethoden, welche zweckmäfsig für formolfixiertes Material zur Anwendung gelangen, lauten:

Methode I.

1. Polychrome Methylenblaulösung (Grübler): 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Verdünnte Glycerinäthermischung (Grübler).
4. Gründliche Abspülung in Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Methode II.

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. 1 %ige Lösung von rotem Blutlaugensalz: 1 Minute.
4. Wasser.
5. Alkohol absolutus bis zur Entwässerung.
6. 1 %ige Salzsäure-Anilinlösung.
7. Xylol, Balsam.

Methode III.

1. Polychrome Methylenblaulösung: 5 Minuten.
2. Wasser.
3. Tannin + Orange.
4. Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Die Vorzüge der Formolfixierung sind im einzelnen darauf zurückzuführen, dafs:

1. die Färbung der Bacillen an weniger strenge Vorsichtsmafsregeln gebunden ist;
2. mit der Dauer der Färbung und Stärke der Entfärbung eine tiefere Färbung der Bacillen sich verbindet;
3. eine Kontrastfärbung, wie die Tannin-Orangemethode beweist, in den Schnitten nunmehr leicht zu erreichen ist.

Diesen Vorzügen sind anzuschliefsen die Thatsachen, dafs die Kerne der Plasmazellen und Leukocyten mittelst der Kerntinktion besser hervortreten, die Darstellung des elastischen Gewebes mittelst sauren Orceins eine schärfere ist als in den Alkoholpräparaten. Als Nachteile der Formolfixierung sind anzuführen die Thatsachen, dafs das Zellprotoplasma und das Zwischengewebe (mit Ausnahme des Elastins) in den Formolpräparaten für die bisher besten Färbungen mittelst Methylenblau und neutralem Orcein sich weniger eignen.

Die Formolfixierung wird also für ein Studium der Histopathologie des Ulcus molle weniger in Betracht kommen, aber im Vordergrunde stehen, wenn es sich darum handelt, vor allem in zweifelhaften Fällen den Streptobacillus ulceris mollis Unna nachzuweisen.

Für eine solche ist das von mir bearbeitete Material mit herangezogen worden; es liegt mit überaus zahlreichen, nach der gleichen Methode seit über Jahresfrist gewonnenen Ulcera mollia einer gröfseren Arbeit zu Grunde, mit welcher zur Zeit die Herren Dr. Delbanco und Dr. Leistikow im Unnaschen Laboratorium beschäftigt sind. Ich selbst beschränke mich auf die Unterschiede, welche für die Bacillen und das Gewebe aus der Alkohol- und Formalinfixierung sich ergeben haben.

Aus dem gleichen Grunde gebe ich hier nur die kürzesten klinischen Notizen der 6 Fälle:

I. A. F., Kellner, 26 J. Infektion vor zwei Wochen. Ulcus molle typicum elevatum, auf Dorsum penis; links Bubo; Incisio.

II. P. Str., Tischler, 20 J. Infektion vor vier Wochen (?). Hinter Corona glandis auf dem Dorsum penis ein Chancre mixte von Pfennigstückgröfse; neben ihm mehrere kleine und kleinste Ulcera mollia. Keine Drüsenschwellung.

III. P. Gr., Seemann, 23 J. Infektion vor sieben Wochen(?). An der Corona glandis tiefgreifendes geschwüriges Ulcus durum, daneben mehrere linsengrofse Ulcera mollia. Keine Drüsenschwellung.

IV. A. Schr., Kellner, 18 J. Infektion vor sieben Wochen(?). Der ganze Rand des Präputiums (Umschlagsstelle) von Ulcera mollia eingenommen; Glans frei; Circumcisio. Schmerzhafte Drüsenschwellung.

V. F. Re., Schmied, 24 J. Infektion vor acht Wochen (?). Phimose; Ödem des Präputiums. An der Umschlagsstelle prominente Ulcera mollia. Circumcisio. Frenulum durchfressen; Glans mit Ulcera bedeckt. Keine Drüsenschwellung.

VI. Petrus K., Schuhmacher, 25 J. Infektion vor acht Tagen. Oberhalb der Corona glandis mehrere kleinste, eben beginnende (zum Teil erst Epithelnekrose und Quellung) Ulcera mollia. Keine Drüsenschwellung.

In dem Falle VI wurden weder im Formol- noch im Alkoholmaterial Bacillen gefunden. In Betracht kommt, dafs Patient sich bereits selbst „behandelt“ hatte. Der Fall kann demnach nur für die Darstellung des Gewebes herangezogen werden.

Von korrespondierenden Partien wurden die Schnitte gewonnen und nach den einschlägigen Versuchen nach den drei Methoden gefärbt, welche wie erwähnt, an Alkoholmaterial entwickelt, auch für formolfixiertes Material als äufserst brauchbar sich erwiesen.

Über die Ausspülungen in der Behandlung der Urethritis.

Von

Dr. Behaegel, Brüssel.

Die Ausspülungen der ganzen Harnröhre stellen ein wertvolles Hülfsmittel in der Behandlung der chronischen Urethritis dar; hauptsächlich aber in dem Falle, wo die Eiterung noch eine reichliche ist, zeigen sie sich in ihrer ganzen Bedeutung. Diese sowohl für den Arzt als den Patienten etwas unbequeme Behandlungsmethode konnte zu einer Zeit, wo der Tripper nur eine Unbequemlichkeit bedeutete und kaum den Namen Krankheit verdiente, als völlig überflüssig angesehen werden.

Aber, seitdem die verbesserten Untersuchungsmethoden die Bedeutung gewisser Reste dargethan haben, die man früher für völlig belanglos hielt, hat man zugeben müssen, dafs die Fälle, in denen die Trippers pritze eine vollständige Heilung herbeizuführen vermag, doch weniger zahlreich sind, als man vordem annahm.

Man kannte schon die Überraschungen, welche bei kürzerer oder längerer Dauer diejenigen erwarten, welche die Reste einer ungenügend behandelten Blennorrhagie mit sich herum schleppen, jedesmal hat uns die Gynäkologie die oft schweren Läsionen gezeigt, die der Gonococcus hervorzurufen vermag; er zerstört zuweilen das Glück der Ehe auf höchst unerwartete Art.

Alles dies erklärt den Enthusiasmus, welchen die Janetsche Methode hervorrief; mit ihrer Hülfe war es möglich, in kurzer Zeit die Gonokokken zum Verschwinden zu bringen und, zur rechten Zeit angewandt, die Krankheit im Keime zu ersticken.

Wenn trotz der Lobeserhebungen, die das Verfahren von allen Seiten erhielt, dasselbe doch noch zahlreiche Gegner hat, besonders was die Abortivbehandlung betrifft, so hat das seinen Grund darin, weil bei der gewöhnlichen Ausübung mit dem Irrigator unter hohem Drucke die Spülungen schmerzhaft sind und Unfälle hervorrufen können. Wenn man sich jedoch genau an die von Janet[1] auseinandergesetzte Technik hält, kann man diese unangenehmen Zwischenfälle vermeiden.

Er empfiehlt den Druck dadurch zu regulieren, dafs man die Flüssigkeit zwischen den Fingern, welche den Gummischlauch oberhalb der Kanüle zusammendrücken, hindurch sickern läfst und dafs man sich eines

[1] F. Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* Tome III. Baillière 1897.

langsamen Ausfliefsens der Flüssigkeit fortwährend versichere, indem man das Spiel der an der Spitze der Glasröhre eingeschlossenen Luft beobachte. Aber wenn ich mich auf das, was ich darüber gesehen und gehört habe, berufe, so komme ich zu dem Schlusse, dafs eine geschickte und erfahrene Hand dazu gehört, um die Flüssigkeit mit dem möglichst geringsten Drucke, ohne Schmerzen zu verursachen, in die Blase gelangen zu lassen. Es ist überhaupt bei dieser Methode schwer, die Kontraktionen der Pars membranacea vorauszusehen. Bevor man die nötige Geschicklichkeit erlangt hat, kann man mehr als einmal die Unzuträglichkeiten erfahren, zu welchen die Reizung einer entzündeten Schleimhaut durch einen unter hohem Drucke austretenden Flüssigkeitsstrahl führt.

Wie dem auch sei, dies Mittel zur Regulierung des Druckes und zur Abschätzung des Widerstandes erfordert Übung, entbehrt der Genauigkeit und führt, unrichtig angewandt, zu unangenehmen Zwischenfällen. Ich komme zu dem gewünschten Resultate, indem ich mich der Spritze bediene, die Guyon so treffend mit „Instrument de précision" bezeichnet. Vermittels dieser läfst sich der Druck sehr exakt regulieren und man kann damit die geringste Veränderung des Widerstandes verfolgen; sie zeigt uns auch an, wann die Blase anfängt zu reagieren.

Die Pars membranacea kontrahiert sich in unberechenbarer und unregelmäfsiger Weise.

Der Stempel der Spritze übermittelt der Hand, welche ihn dirigiert, die geringste Veränderung im Widerstande. Er gestattet leicht den Druck zu verändern und die Ursache zu erkennen, warum dies nötig erscheint.

Ich benutze eine gewöhnliche Spritze von sanfter Reibung, die leicht zu desinfizieren ist und 125 g fafst. Ich bringe an dem Ausflufsrohr eine dicke Olive an, die einen vollkommenen Verschlufs des Orificiums ermöglicht. Die Olive besteht der Notwendigkeit der Desinfektion halber aus Metall; sie wird über einer Spirituslampe vor dem jedesmaligen Gebrauche ausgeglüht und in einer antiseptischen Lösung aufbewahrt.

Der Patient sitzt auf einem Sessel mit einem Becken zwischen den Schenkeln. Der Arzt steht auf seiner rechten Seite.

Die Injektionsflüssigkeit wird ex tempore in einem graduierten Gefäfse vorbereitet.

Der erste Stofs ist zur Säuberung der Glans und des Orificiums bestimmt. Um nun die Urethra anterior auszuspülen, drückt man die Spitze der Olive gegen das offengehaltene Orificium. Die linke Hand hält die Eichel gegen die Olive und die rechte fafst die Spritze und dirigiert den Stempel. Die Flüssigkeit dringt um so tiefer ein, je schwieriger man ihr das Zurückfliefsen gestaltet, was man durch innigeres Anstemmen der Olive erreicht. Wenn man sie durch einen mäfsig kräftigen Stempel-

schlag vortreibt, kontrahiert sich der Sphinkter energisch und es dringt nichts in die hintere Harnröhre.

Auf diese Weise verwendet man die für die Spülung der vorderen Harnröhre nötige Flüssigkeitsmenge, dann verdünnt man sie, wenn es not thut, und bewahrt den Rest der Lösung für die vollständige Irrigation der Harnröhre.

Um nun die Flüssigkeit in die Blase eindringen zu lassen, verschliefst man die Harnröhrenmündung hermetisch mit der Olive. Durch langsames Drücken dehnt man Schritt für Schritt und ganz allmählich die Harnröhre aus. Zuweilen läfst sich der Sphinkter auf diese Art überraschen, aber für gewöhnlich stöfst man auf Widerstand. Wenn dann der Patient durch tiefes Aufatmen seine Muskeln entspannt oder wenn er sich anstellt, als ob er Urin lassen wollte, dann weicht der Spasmus für einen Augenblick und eine kleine Portion Flüssigkeit dringt ein, aber bald stellt sich eine neue Kontraktion ein. Mit etwas Geduld und Achtsamkeit kann man die Flüssigkeit in die Blase fast ohne Druck eindringen lassen, wenn man nur die Momente der Relaxation des Sphinkter benutzt. Sobald eine gewisse Menge von Flüssigkeit eingedrungen ist, hört der Widerstand auf und die Spülung kann ohne die geringste unangenehme Empfindung vollendet werden. Man hält ein, sobald die Blase anfängt zu reagieren. Man läfst alsdann den Patienten urinieren, um dann eine weitere Menge einfliefsen zu lassen.

Obgleich diese Manipulation in den meisten Fällen durch den Kranken selbst ausgeführt werden könnte, kann man ihm dennoch nicht die Ausspülungen überlassen. Im Verlaufe der Behandlung einer akuten oder chronischen Urethritis kann sich die Situation von einem Tage zum andern verändern. Dies erklärt die Mifserfolge, denen man begegnet, wenn dem mit einer Flasche und kleinen Spritze wohl ausgerüsteten Kranken die Behandlung der Blennorrhagie selbst überlassen bleibt. Man setzt in der Regel die Komplikationen auf Kosten des Patienten, den man einer unrichtigen Ausführung der Vorschrift beschuldigt; alsdann handelt es sich oft um einen dem Stadium der Krankheit schlecht angepafsten Eingriff. In jeder Sitzung trifft der Arzt seine therapeutischen Mafsnahmen nach den beobachteten Erscheinungen, er trägt der Beschaffenheit der Schleimhaut, des Urins etc. Rechnung. Danach bestimmt er die Dosis des zu verwendenden Medikamentes, die für die vordere und hintere Harnröhre notwendige Flüssigkeitsmenge und die zwischen zwei Spülungen erforderliche Ruhepause. Im Verlaufe der Behandlung mufs oft das Medikament oder die Art des therapeutischen Eingriffes geändert werden. Alles dies kann man nicht dem Gutdünken des Patienten überlassen.

Ich habe Ausspülungen mit Hülfe der Spritze in den verschiedensten Fällen gemacht, namentlich bei der Abortivbehandlung. Die Resultate

sind so zufriedenstellend gewesen, daſs ich definitiv auf den Irrigator verzichtet habe.

Die Art und Weise des Ausspülens ist bei beiden Methoden fast die gleiche, aber nur mit der Spritze kann man die Spülungen schmerz- und gefahrlos machen, ohne daſs der Operateur eine besondere Fingerfertigkeit zu besitzen braucht. Sie ist auch bequemer zu handhaben und bedarf keinerlei schwerfälligen Zubehörs.

In gewissen Fällen, wo durch die Intensität der Entzündung der Harnröhrenkanal in seiner gesamten Ausdehnung schmerzhaft ist, leisten die Ausspülungen mit Hülfe eines weichen Katheters[2] groſse Dienste. Man führt einen feinen Nelatonkatheter bis zum Bulbus und macht so auf die beste Art eine Ausspülung der vorderen Urethra. Durch Überschreiten des Sphinkters wäscht man dann auch die hintere Portion des Kanals aus. Indessen, in den Fällen wo eine Ausdehnung des Kanals zulässig ist, ziehe ich die Spritze für das Eindringen der Flüssigkeit in die Blase vor. Es ist immer vorteilhaft, sich nach Möglichkeit der Instrumente, welche in die Harnröhre eingeführt werden müssen, zu enthalten, selbst wenn sie vollkommen aseptisch sind; um so mehr, weil man zum Zwecke des leichteren Vordringens das Auge des Katheters direkt in die hintere Partie einschieben muſs, ohne vorher eine Auswaschung der vorderen Harnröhre zu machen.

Wenn der Spasmus intensiv ist, kann auch die Einführung eines feinen, weichen Katheters in die Urethra posterior auf Schwierigkeiten stoſsen. Diese Gegend der Harnröhre ist zuweilen sehr empfindlich. Schlieſslich erreicht man durch eine Spülung unter Druck ein viel vollkommeneres Ausgleichen der Schleimhautfalten und tieferes Eindringen der Flüssigkeit in die Lakunen.

(Übersetzt von Dr. RAUSCH-Essen a. Ruhr.)

---

[2] J. DE KERSMAECKER u. J. VERHOOGEN, *L'urétrite chronique d'origine gonococcique.* Lamertin, Bruxelles 1898.

Aus der Praxis.

Der Mikrobrenner.

Von

P. G. Unna.

Es sind acht Jahre her, dafs ich meinen nach dem Prinzip des Paquelin gebauten Mikrobrenner beschrieben[1] und seine Verwendung in der täglichen Praxis besprochen habe. Seit jener Zeit haben sich die Indikationen für dieses höchst praktische Instrument von Jahr zu Jahr gemehrt und in den letzten Jahren ist auch seine Konstruktion in einigen wesentlichen Punkten verbessert worden. Über beide Punkte seien mir einige Äufserungen gestattet, zunächst über den letzteren.

Der Ersatz der Benzinflasche durch eine kleine in den Gummischlauch eingeschaltete Glaskugel erwies sich als eine zweckmäfsige Veränderung, da dadurch das ganze Instrument viel leichter und handlicher wurde, aber das häufige Abziehen des Schlauches von der Benzinkugel hatte die unliebsame Folge, dafs das betreffende Ende des Schlauches leicht verdarb. Ich liefs daher seitlich an dem Benzinbehälter eine halsartige Öffnung anbringen, die mit einem Kork verschlossen wird, wodurch derselbe die Form einer kleinen Flasche erhält. Die Benzintropfen werden auf die in diesem Fläschchen befindliche Watte vor dem Gebrauch geträufelt. Diese Veränderung hat sich bewährt; Reparaturen am Schlauche kommen seitdem nicht mehr vor. Weiter bin ich von dem früheren, gläsernen Handgriff zu dem ursprünglichen des Paquelin von Ebenholz zurückgegangen, da derselbe nicht blofs solider ist, sondern auch das Aufschrauben eines jeden beliebigen anderen Thermokauters gestattet.

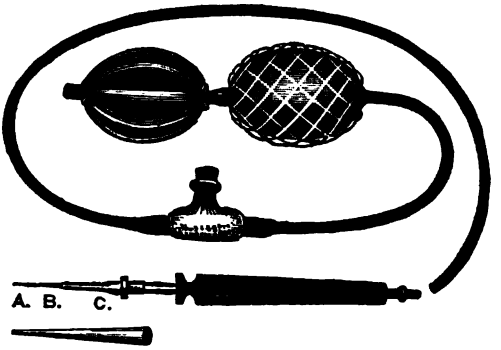
Wesentlicher noch als diese kleinen Veränderungen ist der Ersatz der Kupferspitze durch eine Platin-Iridiumspitze. Die Kupferspitze hatte den Vorteil, genügend hart und gleichzeitig doch so biegsam zu sein, dafs man ihr ex tempore eine beliebige Krümmung erteilen konnte, beispielsweise eine hakenförmige, um den feinen Stil kleiner Tumoren durchzubrennen oder eine rechtwinkelige Abknickung, um kleine Hautgefäfse durch einfaches Aufsetzen der Länge nach zu veröden. Aber das Kupfer

---

[1] Unna, Über einen neuen Mikrobrenner und seine Anwendung bei der Rosacea und anderen Hautkrankheiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890, Bd. 10, pag. 32. Derselbe wird nach wie vor hergestellt von der Firma: Bauer & Häselbarth, Fabrik chirurgischer Instrumente, Eimsbüttel, Hamburg.

oxydiert sich jedesmal beim Erhitzen und läfst beim Erkalten eine feine Oxydschicht abblättern. Dieser Umstand hat zwei Inkonvenienzen im Gefolge. Einerseits wird die Kupferspitze hierdurch immer feiner und weniger widerstandsfähig; demgemäfs hatte sich in früheren Jahren auch der Usus eingebürgert, zwei Mikrobrenner nebeneinander zu gebrauchen, einen mit frischer, festerer Spitze für die gröbere Kaustik und einen mit abgebrauchter, feinerer für die Verödung kleiner Follikel, kleinster Gefäfse u. s. f. Andererseits war die Abblätterung einer Metallschicht nicht gleichgültig bei den vielen kosmetischen Proceduren, zu welchen der Mikrobrenner neuerdings in grofsem Mafse herangezogen wurde.

Ich liefs daher die Kupferspitze ganz fallen und brauche seit zwei Jahren nur noch eine Platin-Iridiumspitze, welche eine genügende Härte und Biegsamkeit besitzt und von der Erhitzung garnicht angegriffen wird. Wie die Abbildung zeigt, dient zur festen Verbindung des Platinbrenners (*C*) mit der Platin-Iridiumspitze (*A*) ein eingeschobener Kupferbolzen (*B*). Die



Platin-Iridiumspitze ist 6—8 mm lang und so fein, dafs sie mit Leichtigkeit in jeden Follikel eindringt. Der Iridiumgehalt macht sie genügend hart, ohne ihr die Biegsamkeit ganz zu rauben. Sie ist bis zu einem gewissen Grade elastisch, wodurch die Einführung in gekrümmte Follikel begünstigt wird. Die indirekte Übertragung der Hitze vom Platin durch den Kupferbolzen auf die Platin-Iridiumspitze hat zur Folge, dafs sie trotz ihrer geringen Masse nicht heifser wird als die wesentlich gröfsere und längere Kupferspitze, wie sie früher üblich war. Das Auftropfen von vier Tropfen Benzin auf die Watte in dem Glasfläschchen genügt, um mehrere Minuten das Instrument im Gange zu erhalten und alle kleinen Operationen damit auszuführen, wie sie in der Sprechstunde vorkommen.

Unter diesen nimmt noch immer die Rosacea seborrhoica die erste Stelle ein. Nachdem durch eine Resorcinschälung oder durch die Zinkschwefelpaste die Kapillarröte beseitigt ist und auf blassem Grunde die einzelnen, erweiterten Venen hervortreten, ist der Mikrobenner ganz am

Platze und beseitigt durch einfach streichende und punktierende Berührung die dilatierten Gefäfse rascher, als jede blutige Operation (Schlitzen, Sticheln) es vermag.

Wesentliche Dienste neben den anderen notwendigen Mafsnahmen leistet der Mikrobrenner auch bei allen übrigen Gefäfsektasien, bei der neurotischen Rosacea, dem Frost der Nase, dem Ulerythema centrifugum u. s. f. — mit Ausnahme der Feuermäler. Es bedarf nur einer einmaligen Berührung der Kapillarvaricen (sog. Telangiektasien), um dieselben zum Verschwinden zu bringen. Ebenso leicht und sicher beseitigt der Mikrobrenner alle weichen Naevi, besonders die molluskoiden. Bei ganz kleinen genügt ein Stich in die Mitte; man hält die Nadel solange in der Lage, bis die weifse Verbrennungsfarbe die Peripherie der Geschwulst erreicht hat. Gröfsere Naevi erfordern 4—5 Stiche in derselben Weise. Man überläfst die mumifizierten Gebilde der spontanen Abstofsung. Ebenso einfach lassen sich mikrokaustisch alle gestielten Schleimhautpolypen jeder Art (einschliefslich der Hämorrhoidalknoten und hypertrophischen Falten des Afters) entfernen, falls man nicht vorzieht, dieselben durch den hakenförmig gekrümmten Mikrobrenner am Stiele abzubrennen oder mit einem gröberen Thermokauter zu veraschen.

Um Xanthome der Augenlider zu entfernen, genügt vollkommen eine multiple Punktierung mit dem Mikrobrenner; die Fettmassen schmelzen und werden resorbiert. Vielleicht leistet das Instrument auch dieselben Dienste beim Xanthoma tuberosum des Körpers.

Dafs die kleinsten Lupusknötchen in Narben durch einen Stich des Brenners ausgebrannt werden können, ist selbstverständlich; doch pflege ich diese Ausbrennung, wie jedes aktuell-kaustische Verfahren beim Lupus nur in Verbindung mit ausheilenden Salben und Pflastern zu gebrauchen und zu empfehlen. Ebenso kann man den Mikrobrenner als Beihülfe zur Beseitigung hartnäckiger Lichenflecke und umschriebener pruriginöser Ekzemflecke heranziehen, da derselbe stets ohne Narbenbildung seine Wirkung entfaltet.

Aufser diesen weniger wichtigen Indikationen hat der Mikrobrenner in meiner Praxis aber noch zwei sehr ausgedehnte und prinzipielle gewonnen; er ist das Hauptmittel zur Beseitigung aller hartnäckigen Follikulitiden und des Hautpigments geworden. Die gewöhnlichste Form der Follikulitis, die auf einen Mikrobrennerstich mit rascher Heilung antwortet, ist die vereiternde Aknepustel und ein jeder weifs, wie hartnäckig dieselbe zuweilen der Behandlung trotzt. Es hat sich aber auch gezeigt, dafs jede staphylogene Follikulitis bis zu grofsen Furunkeln hinauf sehr günstig durch einen Einstich in den oder die centralen Follikel beeinflufst wird. Diese Wirkung ist sehr begreiflich, da ja die histologische Untersuchung lehrt, dafs die Staphylokokken stets das Centrum der

Eiteransammlungen einnehmen; ob dabei nur die direkte Erhitzung die Kokken abtötet oder ob die Verbrennungsprodukte in gröfsere Entfernung heilsam wirken, mufs weitere Untersuchung lehren; aber die Möglichkeit, auf diese Weise jede tiefliegende staphylogene Entzündung, auch den Karbunkel der Greise, ohne entstellende Narbe günstig zu beeinflussen, sollte niemals aufser Acht gelassen werden. Neben diesen gewöhnlichen Vorkommnissen giebt es aber noch eine grofse Anzahl seltener Follikulitiden mikropasitärer, jedoch bisher noch völlig unaufgeklärter Natur, für welche der centrale Stich mit dem Mikrobrenner die rascheste und wirksamste Behandlung ist. Endlich kann man mit demselben dickere Haare auf die einfachste Weise radikal entfernen.

Die depigmentierende Wirkung des Mikrobrenners wurde von mir zunächst bei der Behandlung pigmentierter Naevi festgestellt, dann aber auch bei Chloasmen und anderen erworbenen Pigmentierungen als eine allgemeine Folge erkannt. Diese Behandlung bildet eine wertvolle Ergänzung zur Beseitigung derselben Pigmentationen durch Abschälung und Oxydationsmittel. Am besten verfährt man so, dafs man mit den letzteren Mitteln die diffuse und oberflächliche Pigmentierung, mit dem Mikrobrenner besonders dunkle und tiefliegende Partien gleichzeitig in Angriff nimmt.

Ich kann diesen erneuten Hinweis auf die grofsen Vorzüge des Mikrobrenners nicht schliefsen, ohne meiner Verwunderung darüber Ausdruck zu geben, dafs derselbe bei den Dermatologen noch keine ausgedehntere Anwendung gefunden hat und bis zu den Ophthalmologen und Rhinologen, für welche derselbe auch nicht ohne Wert ist, noch garnicht hingedrungen zu sein scheint.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (VII. Teil, Schlufs).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Bevor wir Celsus verlassen, will ich noch kurz die Punkte zusammenfassen, die den Urologen interessieren können, wobei ich um Entschuldigung bitte, wenn ich den Begriff dieses Spezialisten unserer Wissenschaft zu eng oder zu weit fasse. Da Celsus noch keine Spezialfächer kannte, so müssen wir uns das Wenige, was sich hierauf bezieht, so gut es geht, zusammensuchen. Über den Urin selbst finden wir folgende Stelle: „Bei starker Magenverstimmung pflegt der Urin rot und spärlich zu sein und rafft oft den Menschen dahin, bevor seine Zeit um ist. Wenn er daher längere Zeit so bleibt, ist er ein Zeichen des drohenden Todes. Am schlimmsten und besonders den Tod nach sich ziehend ist ein schwarzer, dicker, stinkender Urin. Dieser ist bei Männern und Frauen am schlimmsten, während bei Kindern (pueris) dieses von einem spärlichen und zersetzten Harn gilt." (Lib. II, Kap. 6, pag. 37.)

Die Behandlung der Urinverhaltung ist schon relativ gut im Altertum ausgebildet. Falls jemand keinen Harn lassen kann, wird ihm zunächst eine innere Behandlung zu teil. Das Rezept lautet: Pfeffer, Bibergeil, Myrrhe, Galban, Mohnsamensaft, Safran, Kostwurz ā 1, Styrax, Terpentinharz ā 2, Honig, Wermut ā 12. M. f. massa pilul., e qua fiant pilulae magnitudine fabae Aegyptiae. D. S. Morgens und abends 1 Pille. (Lib. V, Kap. 25, pag. 171.) Kommt er mit dieser medikamentösen Behandlung nicht zum Ziele, sei es, weil der Patient zu alt ist (Prostatahypertrophie, Detrusorlähmung), sei es, weil ein Stein oder ein anderes Konkrement das Orificium internum verlegt, oder weil eine Entzündung der Harnwege besteht, so nimmt er zum Metallkatheter seine Zuflucht. Für Männer hatte er 3 Gröfsen (15, 12 und 9 fingerbreit lang), für Frauen 2 Gröfsen (9 und 6 fingerbreit) vorrätig. Sie müssen etwas gebogen sein, die männlichen stärker, sehr glatt, nicht zu dick und nicht zu dünn. Er schildert dann die Stellung, welche Patient und Arzt beim Katheterismus einzunehmen haben, und weist darauf hin, dafs Frauen leichter zu katheterisieren sind als Männer. (Buch VII, Kap. 26, pag. 287).

Blut im Urin führt er auf Verletzung der Nieren oder Blase zurück. So sagt er im 26. Kapitel des 5. Buches: „Renibus vero percussis dolor ad inguina testiculosque descendit, difficulter urina redditur, eaque aut est cruenta aut cruor fertur.“ (pag. 173.) Ferner auf Seite 174: „Bei einer Blasenverletzung schmerzen die Leistenbeugen. Die Gegend oberhalb der Scham schwillt an. Statt des Urins wird Blut entleert oder der Urin träufelt aus der Wunde. Der Magen wird in Mitleidenschaft gezogen. Tritt galliges Erbrechen oder Singultus ein, und gesellt sich dann noch Frostschauer hinzu, so tritt der Tod ein.“

Vorübergehende Blutbeimengung im Urin führt er auf Blasensteine zurück. Überhaupt hat er bereits die Symptome der Blasensteine ziemlich gut im 2. Buch (Kap. 7, pag. 40) geschildert: „An folgenden Anzeichen erkennt man den Steinleidenden. Der Urin wird schwer gelassen; allmählich stellt sich zeitweises Harnträufeln ein. Derselbe ist sandig. Bisweilen wird mit dem Urin Blut oder Blutcoagula oder Eiter entleert. Die Entleerung geht bei einigen leichter in aufrechter Stellung vor sich, bei anderen in rückwärtsgebeugter, besonders wenn der Stein grofs ist, schliefslich bei anderen in vorgebeugter Haltung; sie lindern den Schmerz dadurch, dafs sie den Penis strecken. Sie haben auch in der Blase das Gefühl der Schwere. Dasselbe wird durch Laufen und nach jeder Bewegung stärker.“ Dieses gilt hauptsächlich von den Männern. In Betreff der Blasensteine bei Frauen bemerkt Celsus noch, dafs die von diesem Leiden befallenen oft durch den Juckreiz gezwungen werden, ihre äufseren Genitalien zu kratzen, und dafs sie dabei, wenn sie zufällig mit den Fingern in die Nähe des Blasenhalses kommen, den Stein fühlen können. Um nun den Stein mit dem Harn aus der Blase zu treiben, gab Celsus morgens nüchtern eine Pastille aus folgenden Pflanzen, welche mit etwas Wein angerieben wurden: Quassia, Safran, Myrrhe, Kostwurz, Narde, Zimmet, Süfsholz, Balsam und Johanniskraut zu gleichen Teilen. (Lib. V, Kap. 20, pag. 164.) Kam er hiermit nicht zum Ziel, so machte er den Steinschnitt, welcher im 26. Kap. des 7. Buches (pag. 288 u. ff.) ausführlich geschildert wird. Die Operation darf nach ihm nicht in jedem Alter und nur im Frühling vorgenommen werden. Die Einzelheiten der Operation haben nur für den Chirurgen ein Interesse und decken sich in der Hauptsache mit dem modernen tiefen Steinschnitt. Die Sectio alta ist von Celsus nicht ausgeführt worden, soweit ich die Sache übersehe.

Fassen wir nun kurz die Hautkrankheiten des Celsus zusammen, so haben wir trotz vieler interessanter Einzelheiten eigentlich wenig, was sich mit unsern modernen Begriffen vollständig deckt. Wir haben gesehen, dafs er eine ganze Reihe Haarerkrankungen kennt, ohne dafs wir auch nur eine einzige als absolut sicher und einwandsfrei hinstellen konnten, abgesehen vom Haarausfall im Alter und nach Krankheiten. Area, Sykosis

und Favus entsprechen unsern heutigen Krankheitsbildern nicht, abgesehen von einer einzigen dort untergebrachten Trichophytieform. Etwas besser sind wir bei den Pigmentanomalien daran. Lentigines, Epheliden, Muttermäler, Albinismus sind mit ziemlicher Sicherheit nachzuweisen. Nur hüte man sich, die Krankheitsnamen bei unserm Autor mit unsern heutigen zu identifizieren. Besonders grofs ist die Gefahr bei Scabies, Pustulae, Porrigo und Impetigo, weil, wie ich nachgewiesen zu haben glaube, hierunter ganz andere Krankheitsbilder, wie Ekzem, Psoriasis, Ichthyosis, Sudamina und Blasenkrankheiten zu verstehen sind. Glücklicher sind wir daran beim Ulcus cruris, Furunkel, Karbunkel, Erysipel, Carcinom, Frostbeulen, Hühneraugen und Warzen, welche so ziemlich der Kritik standhalten.

Im ganzen einfacher liegt die Sache bei den Blasen- und Geschlechtskrankheiten, indem Blasensteine und Verletzungen der Harnwege richtig geschildert sind. Phimose, Paraphimose, Varicocele, Spermatorrhoe hat er gut und sicher erkannt. Die Blennorrhoe und die spitzen Feigwarzen sind meiner Meinung nach im Celsus, wie ich dargelegt habe, einigermafsen sicher nachzuweisen. Ulcus molle kannte er. Syphilis war ihm unbekannt.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. März 1898.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Joseph demonstriert einen Fall von **Ichthyosis hystrix**, den er bereits vor einigen Monaten in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gezeigt hat. Vortragender stellt den 17jährigen jungen Mann, der seit seiner Kindheit an der Krankheit leidet, heute vor wegen des schönen therapeutischen Erfolges, der hier erzielt worden ist, sowie um einige pathologisch anatomische Fragen bezüglich dieser Affektion zu erörtern. Gegenüber dem Bilde, welches dieser typische Fall damals bot, ist nunmehr die Ausbreitung über Rücken, Stamm, Ellenbeugen und Achselhöhlen geschwunden und nur an den Knien und den Ellenbogen sind einige Warzen vorhanden. Der Fall war als ein schwerer zu bezeichnen, weil auch Ellenbeugen, Achselhöhlen und Fufssohlen hochgradig affiziert waren. Speziell an den Handtellern und Fufssohlen waren hochgradige Veränderungen ausgebildet, welche man als Keratoma plantare et palmare kennt und welche Unna als eine Krankheit per se auffafst, Vortragender aber gerade auf Grund seiner Beobachtungen an dem gegenwärtigen Falle als eine abortive Form der Ichthyosis hystrix ansieht. Dieser Patient legt nämlich im Sommer bei heifser Temperatur und starkem Schwitzen das ganze ichthyotische Kleid ab und nur die Handteller und Fufssohlen bleiben affiziert. Es liegt nun nahe, anzunehmen, dafs ein

Keratoma palmare et plantare eine abortive Form der Ichthyosis hystrix bildet, bei welcher eine ähnliche Mauserung bereits intrauterin stattgefunden hat. Die ziemlich hochgradige Mauserung, welche der Patient gewöhnlich durchmacht, könnte Zweifel an dem Erfolge der hier angewandten Therapie, welche in Darreichung von Thyreoidinextrakt bestand, erwecken. Vielleicht ist die Besserung spontan eingetreten? Vielleicht ist der milde Winter daran schuld? Nachdem der Patient vom 9.—31. Dezember mit Borvaseline und warmen Bädern erfolglos behandelt war, beschränkte man sich auf Darreichung von Thyreoidinextrakt ohne lokale Behandlung. Für die Wirkung des Thyreoidins spricht der Umstand, dafs ein Erfolg erst nach 270 Tabletten oder 72 g Thyreoideasubstanz aufgetreten ist. Der Kranke ist, wie erwähnt, noch nicht ganz geheilt, daher ist in der Behandlung fortzufahren. Das Vorhandensein einer Thyreoidea ist bei diesem Patienten festzustellen. Die abnorme Kleinheit seiner Hände erklärt der Vortragende aus einer Druckatrophie durch die Hornzotten. — Histologische Untersuchungen scheinen über diese Affektion nur in geringem Mafsstabe gemacht zu sein; die älteren Lehrbücher begnügen sich in dieser Beziehung mit der Angabe, das anatomische Bild sei das der vergrößerten Warzenbildung. Nach des Vortragenden Untersuchungen ist jedoch hiervon gar keine Rede. In seinen mit Thionin-Eosin gefertigten Präparaten sieht man die mächtige Hornschicht aufgelagert einem schmächtigen, zu den Hornpanzern in gar keinem Verhältnis stehenden Rete, während doch bei der Warze das Rete Malpighii gut entwickelt ist. Diese Untersuchungen haben nun auch einen Ausblick in die Frage des Keratohyalins geboten. Unna erwähnt, dafs es ihm bei allen Untersuchungen der Ichthyosis nie gelungen wäre, in diesen Hornmassen Keratohyalin nachzuweisen, nur bei den späteren klinischen Formen der Ichthyosis sauria habe er es gefunden. Redner hat nun aber bei seinen Präparaten mittelst der von Unna angewandten Methode (Hämatoxylin und Eisessig) eine keratohyalinhaltige Schicht nachweisen können, welche freilich nur etwa $^1/_{10}$ so stark als bei Warzen sei. Seit den Arbeiten von Buzzi, Dreysel und Oppler weifs man, dafs Keratohyalin und Eleïdin zwei verschiedene Substanzen sind. Unter den vom Vortragenden aufgestellten mikroskopischen Präparaten zeigt nun der Schnitt durch eine Warze deutlich Eleïdin als eine mit Pikrokarmin gefärbte rötliche Zellschicht in der Gegend des Stratum lucidum, während in den Schnitten von Ichthyosis Eleïdin nicht zu entdecken ist. Wenn man nun bei der Untersuchung einer Warze eine dem mächtigen Hornlager entsprechende Keratohyalinschicht findet, im Gegensatz hierzu aber bei den Parakeratosen, bei welchen wir kernhaltige Hornzellen beobachten, kein Keratohyalin, so mufs man eigentlich einen Zusammenhang zwischen Keratohyalin und Verhornung leugnen. Redner glaubt jedoch nicht, dafs die pathologische Verhornung ebenso vor sich geht wie die physiologische, speziell glaubt er es nicht von der Ichthyosis hystrix. Er hat nun auch einige Präparate nach der Empfehlung von Ernst nach der Gramschen Methode gefärbt, wobei die Hornmassen sich durch blaue Farbe von den übrigen Schichten abheben. Man beobachtet hierbei die merkwürdige Thatsache, dafs bei pathologischen Verhornungsprozessen die ältesten Schichten die Farbe am besten annehmen, bei physiologischen aber die jüngsten. Ferner findet man in derartigen Präparaten beim einfachen Keratom, z. B. dem Clavus, eine diffuse Färbung der Hornzellen, bei der Ichthyosis hystrix dagegen sind die Zellen von kleinen blau gefärbten Körnchen angefüllt, welche man als Keratingranula bezeichnen mufs. Die Verhornung bei der Ichthyosis ist auch verschieden von der bei andern pathologischen Zuständen, z. B. bei Psoriasis. Aus diesen Beobachtungen zieht Redner den Schlufs, dafs zwischen Keratohyalin und Verhornung ein Zusammenhang bestehe, und dafs man eine andere Theorie der Verhornung nicht aufzustellen brauche, wie Unna und Ernst gemeint hätten. — Aufser der Keratohyalinfrage inter-

essiert bei diesen Untersuchungen der Zustand des elastischen Fasersystems, welches gegenüber dem der normalen Haut stark geschwunden ist. In dem subepithelialen Netz fehlt jede Spur elastischer Fasern und auch in den tieferen Schichten des Coriums sind nur vereinzelte dünne Fasern sichtbar. Es ist möglich, dafs dieselben durch den Druck der Hornmassen zu Grunde gegangen sind; nur wäre es dann wunderbar, weshalb ein gleiches nicht beim Clavus und bei der Warze eintritt. Abgesehen von einer stellenweise starken Pigmentierung, sowie von den zahlreichen Hornbakterien und den Anlagerungen ist noch bemerkenswert die Schweifsdrüsenerweiterung, welche direkt als Cystenbildung sich darstellt, vom Vortragenden jedoch nicht als spezifische Erscheinung aufgefafst wird, da sie auch bei andern Hautkrankheiten, z. B. dem Lichen ruber, vorkommt. — In einem der Präparate sieht man erhebliche Leukocyteninfiltration im Corium mit zahlreichen Mastzellen, ein Beleg für die Behauptung Unnas, dafs zunächst ein entzündlicher Prozefs im Corium hierbei auftrete.

Herr Delbanco-Hamburg (a. G.) hebt hervor, dafs der Fall des Herrn Joseph besonderes Interesse verdiene mit Rücksicht auf das Ichthyosiskapitel Unnas in seiner *Histopathologie der Hautkrankheiten*. Delbanco rekapituliert in grofsen Zügen die anatomischen Befunde Unnas bei der Ichthyosis nitida und serpentina. Von der Ichthyosis hystrix stand Unna kein Material zur Verfügung. Die von anderer Seite mitgeteilten Befunde bei der Ichthyosis hystrix haben Unna zu berechtigter Kritik Anlafs gegeben und die klinische Diagnose in Frage gestellt. Letztere sei bei Josephs Fall gesichert, seine histologische Untersuchung von grofsem Wert, da sie Schlüsse ziehen lasse, inwieweit die Verhornung bei den einzelnen Formen der Ichthyosis sich einheitlich gestalte. Delbanco giebt darauf Unnas Anschauungen wieder über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. Letztere gehe bei einer Reihe von Prozessen ohne Abscheidung von Keratohyalin vor sich, im allgemeinen müsse daher bestritten werden, dafs Verhornung und Keratohyalin in ursächlichem Zusammenhange stehen. Bei der Ichthyosis nitida liegt eine besondere Form der Parakeratose vor, eine Verhornung ohne Körnerschicht und letzteres Phänomen ohne vermehrten Feuchtigkeitsgehalt der Epithelien, ohne dafs eine „Akanthose" nachfolgt. Daher die Verschmächtigung der Oberhaut und infolge ihres verringerten Widerstandes die eigenartige Figuration des Leistensystems. Bei der Ichthyosis serpentina habe Unna Keratohyalin gefunden. Auf die von Joseph angedeuteten klinischen Beziehungen des Keratoma hereditarium plantare et palmare zur Fischschuppenkrankheit möchte Delbanco nicht eingehen, dagegen, wie es bereits in seiner Bearbeitung des „Naevus" in Eulenburgs *Encyklopädie* geschehen sei, die Bezeichnung einer Ichthyosis hystrix linearis oder partialis u. s. w. für die Fälle der strichförmigen Naevi ablehnen. Die Mehrzahl der Fälle lasse sich zwanglos dem histologischen Bilde der harten Naevi unterordnen. Durch diese Namen würde nur Verwirrung gebracht in das Kapitel der Ichthyosis, in dem allmählich eine klare Orientierung angebahnt worden ist. Zum Schlusse richtet Redner an Herrn Joseph noch die Frage, ob für die Veränderungen des elastischen Gewebes in seinem Falle noch besondere Druckverhältnisse im Gewebe oder entzündliche Vorgänge als Ursache herangezogen werden können.

Herr Blaschko betont, dafs die Fälle von Naevus linearis, zumal ein von ihm vorgestellter, alle typischen klinischen Erscheinungen der Ichthyosis localis gezeigt hätten, ja auch die gleichen histologischen Eigentümlichkeiten, wie sie Herrn Josephs Präparate zeigten: minimale Ausdehnung des Rete Malpighii neben einem aufserordentlich mächtigen Stratum corneum und deutliches Vorhandensein von Keratohyalin. Redner hält es für unberechtigt, auf Grund des Keratohyalinbefundes die Ichthyosis hystrix aus dieser Gruppe streichen zu wollen; das Klinische sei hierfür

entscheidend. Auch bei der Psoriasis habe man darüber gestritten, ob Keratohyalin vorkomme oder nicht. Redner ist der Ansicht, dafs es vorkommen und auch fehlen könne. Ein solcher Schnitt gebe doch nur einen bestimmten Moment aus der Entwicklung der Hornzellen wieder, und er könne sich wohl vorstellen, dafs in dem gegebenen Moment die Zellen gerade kein Keratohyalin gebildet hätten, während sie vielleicht einige Zeit später diese Phase der Verhornung durchmachen würden. Wenn man also in dem einen Falle Keratohyalin nicht findet, so beweist das noch nicht, dafs es nicht in einem anderen Falle vorhanden ist. Ohne also die Frage zu entscheiden, ob das Keratohyalin ein notwendiges Durchgangsstadium bei der Verhornung darstellt oder nicht, hält er das Fehlen oder Vorhandensein desselben nicht für entscheidend für die Stellung, welche man dem Krankheitsprozefs zuweist. Ein entscheidendes Merkmal ist dagegen die entzündliche Infiltration in den oberen Cutisschichten, die so regelmäfsig ist, dafs man sie nicht als eine sekundäre Erscheinung betrachten kann. Zu erwägen ist hierbei, da es sich um eine angeborene Keimstörung handelt, wie diese Entzündung übertragen wird und wie eine solche Disposition sich in einem Alter von 13 oder 14 Jahren entwickeln könne. Kaposi vertritt den Standpunkt, dafs die Ichthyosis auf der Basis aller möglichen Störungen entstehen könne z. B. auf der eines chronischen Ekzems. Diese entzündlichen Erscheinungen bieten uns jedenfalls grofse Schwierigkeiten in Bezug auf unsere Auffassung von der Art des Prozesses, sowie in Bezug auf die Trennung der angeborenen von der erworbenen Ichthyosis.

Herrn Lesser interessiert der auffällige Erfolg, welcher hier mit Thyreoidin erzielt ist. Er hat in Bern, wo ja viele Fälle von Kropf vorkommen, bei den ichthyosisartigen Veränderungen Thyreoidin viel in Anwendung gezogen, aber blofs in den Fällen Erfolge gehabt, in welchen die Thyreoidea irgendwie beteiligt war. Bei der Cachexia strumipriva gingen die ichthyosisartigen Veränderungen in 8—14 Tagen zurück.

Herr Joseph will die Möglichkeit einer Verhornung ohne Keratohyalinentwicklung nicht ausschliefsen, kann aber die bisher angeführten Gründe nicht für vollgültig anerkennen. Er stimmt Herrn Blaschko darin zu, dafs die Psoriasis ein fluktuierender Prozefs sei und dafs in gewissen Stadien Keratohyalin vorkommen könne, in anderen nicht. Auf Herrn Delbancos Frage, ob nicht die entzündlichen Vorgänge für den Schwund der elastischen Fasern verantwortlich gemacht werden müfsten, weist er darauf hin, dafs die Entzündung doch hier eine verhältnismäfsig geringe sei, während bei anderen schweren Entzündungsprozessen ein derartiger Schwund nicht beobachtet werde.

Herr Vollmer zeigt alsdann stereoskopische Aufnahmen eines Falles von ausgedehntem **Herpes zoster gangraenosus pectoralis.** Der betreffende Patient kam Anfang Januar mit leichtem Herpes zoster der Brust in seine Behandlung. Die Affektion dehnte sich bald aus und verschlimmerte sich so, dafs am 5. bis 6. Tage die ganze Haut der Brust und des Rückens in einer Ausdehnung von 52 cm Länge und 10 cm Breite in gröfseren und kleineren Partien gangränös wurde. Die Affektion ist inzwischen unter antiseptischer Behandlung geheilt; bevor sich jedoch die Schorfe abgestofsen hatten, bestand eine enorme Schmerzhaftigkeit, sodafs der Patient trotz Morphium und Kokainsalben 5—6 Nächte nicht schlafen konnte. Den gangränösen Zerfall der Haut erklärt Vortragender hier, wie bei allen lokalen Hautentzündungen, als eine Folge der Widerstandsfähigkeit und des Druckes der Epidermis nach unten hin, durch welchen die arterielle Zufuhr abgeschnitten wird.

Alsdann zeigt Herr Vollmer Präparate von einer **schwarzen Haarzunge,** welche er zufällig bei einem Syphilitiker fand, der wegen anderer Erscheinung in

die Behandlung gekommen war. Beim Öffnen des Mundes präsentierte sich die Zungenfläche von der Spitze bis zu den Papillae circumvallatae und von einem Rande zum anderen schwarz verfärbt und unter der Lupe stellte sie sich als ein Wald von Stacheln dar. Beim Überstreichen mit einem Skalpell blieb ein Schleim auf demselben, ähnlich dem Schaum nach dem Rasieren, bestehend aus Epithelzellen, Leukocyten und eigentümlichen hornartigen Bildungen, welche noch nicht beschrieben sind. Dieselben bestehen aus ineinander gesteckten Trichtern und sind recht vielgestaltig: kelchartig, blumendoldenartig, Formen wie bei der Ichthyosis, einspitzig und mehrspitzig; mit der Tendenz sich zu isolieren, indem jede Papille isoliert wächst. Die schwarze Haarzunge ist also weiter nichts als eine Hyperkeratose der Zungenschleimhaut. — Der Patient giebt an, dafs er diese schwarze Zunge schon vor seiner syphilitischen Infektion gehabt habe. Es ist jedoch interessant, dafs über die Hälfte der in der Litteratur mitgeteilten Fälle zugleich Syphilis gehabt hat. Nach Ansicht des Redners hat die schwarze Haarzunge mit der Lues etwas zu thun; vielleicht wird sie durch eine merkurielle Stomatitis, vielleicht durch die Ätzungen mit Argentum nitricum und Chromsäure hervorgerufen.

Herr Rosenthal ist mit der Bezeichnung dieses Falles als Herpes zoster gangraenosus nicht einverstanden, da das Hauptcharakteristikum desselben — die Recidive — hier fehlt. Gangrän in kleinerem und gröfserem Umfange erlebe man bei dem gewöhnlichen Herpes zoster doch oft genug. — Herr Vollmer verwahrt sich gegen die Auffassung, als ob er den Herpes zoster atypicus hystericus mit jener Bezeichnung gemeint habe; er habe nur einen mit Gangrän einhergehenden gewöhnlichen Herpes zoster bezeichnen wollen. — Herr Lesser hält es für zweckmäfsig, die Bezeichnung Herpes zoster gangraenosus in dem Sinne des Herrn Vollmer für die gangränezierenden Fälle des gewöhnlichen Herpes zoster, analog den Zusätzen haemorrhagicus, bullosus u. s. w., für die recidivierende Form aber den Namen Herpes zoster atypicus zu reservieren.

Herr Bruhns stellt einen Patienten mit **Primäraffekt am Zahnfleisch** vor. Die Infektion geschah auf die Weise, dafs er während seines Aufenthaltes in der Charité, wo er an einem Ulcus molle behandelt wurde, von einem frisch infizierten Kranken eine Cigarette annahm, die dieser bereits angeraucht hatte.

Alsdann spricht er über zwei Fälle einer eigentümlichen **Hautatrophie.** Bei der ersten Patientin, einer 34jährigen Frau, hat die Affektion vor 9 Jahren am Ellenbogen begonnen und hat sich innerhalb eines Jahres unter gleichzeitiger Verdünnung und Faltenbildung bis zur Hand und zur Schulter ausgedehnt. Es besteht kein Jucken, kein Brennen, keine Schwellung, keine Parästhesien, keine Störung der Sensibilität, keine Schuppung, dagegen legt sich die atrophische Haut in kleine Falten ähnlich wie Cigarettenpapier, auch friert die Patientin an diesem Arm etwas mehr. Die Affektion betrifft nur die Haut und das Unterhautfettgewebe, die Muskulatur ist frei, sie ist nicht scharf abgegrenzt, sondern geht allmählich in das Gesunde über.

Die zweite Patientin ist eine 47jährige Schlächterfrau. Sie zeigt dieselben Erscheinungen seit 15 Jahren; nur betrifft die Atrophie bei ihr beide Arme und ist ziemlich scharf gegenüber dem Gesunden abgegrenzt. — Was die Differentialdiagnose dieser Form von Hautatrophie anbetrifft, so unterscheidet sich die Sklerodermie von ihr durch die glatte Spannung, die Xerodermie durch Spannung und hochgradige Empfindlichkeit, ebenso die glossy skin, auch die Pityriasis rubra durch die Spannung der Haut. Vortragender diagnostiziert daher: Idiopathische Hautatrophie, wie sie von Touton, Pospelow, Buchwald beschrieben ist. Auffällig ist in diesen Fällen, dafs nur die Streckseiten befallen sind. Auch die von Jadassohn beschriebene Atrophia maculosa cutis, sowie der von Kaposi publizierte Fall von idiopathischer Hautatrophie

(resp. Atrophia atrophicans) stimmen mit unseren Krankheitsbildern nicht überein, weil keinerlei Anschwellungen der Haut voraufgegangen sind.

Herr Ledermann stellt zwei kleine Kinder mit **extragenitaler syphilitischer Infektion** vor. Beide sind durch ihre Mutter angesteckt; das eine zeigte eine Sklerose in der linken Leistenbeuge und eine zweite an einem Labium majus, das andere eine solche an der Unterlippe. — Betreffs des ersten von Herrn Bruhns vorgestellten Falles weist er darauf hin, dafs auch hier wieder die Sklerose des Zahnfleisches die charakteristische semilunäre Form gezeigt hätte. — Betreffs der anderen Fälle des Herrn Bruhns bemerkt er, dafs die in der Litteratur berichteten Fälle seiner Erinnerung nach symmetrisch und gegen die gesunde Umgebung scharf abgegrenzt gewesen wären. Bei dem hier vorgestellten Falle habe er sich einer Wäscherin erinnert, welche dasselbe Bild gezeigt hätte, und bei welcher es sich um venöse Stase durch äufsere Einwirkung (wie bei der Congelatio) gehandelt habe.

Herr Bruhns erwidert, dafs in dem zweiten Falle symmetrisches Auftreten und scharfe Begrenzung vorhanden seien, in dem anderen dagegen eine deutliche Atrophie. — Herr Gebert erinnert an einen von Herrn Blaschko vor drei Jahren hier vorgestellten Fall einer ähnlichen symmetrischen Erkrankung beider Arme, bei welcher jedoch eine Atrophie fehlte und welche B. als Erythrodermie beider Arme bezeichnete. Die Haut war cyanotisch, straff gespannt, aber nicht atrophisch. Ätiologisch war nichts zu eruieren. Der Fall ist zwei Jahre lang beobachtet, ohne dafs eine Atrophie eintrat. — Herr Lesser betont, dafs in Herrn Bruhns Fällen die Atrophie zweifellos vorhanden sei, ebenso die cigarettenpapierartige Beschaffenheit der Haut, und dafs die Stase nur eine scheinbare sei, indem die Blutgefäfse durch die verdünnte Haut durchschimmerten.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Februar 1898.

(Original-Bericht von L. Wickham-Paris.)

Ulceration der Wange. Herr Baudoin stellt ein 12jähriges Mädchen vor mit einem ca. Francstück grofsen Geschwüre auf der rechten Wange; der Boden desselben zeigt keine harte Konsistenz und die Ränder sind ziemlich scharf begrenzt. Es sieht somit weder einem syphilitischen noch einem tuberkulösen Geschwüre ähnlich. In der Umgebung des Ulcus konstatiert man eine ziemlich intensive Dermitis.

Herr Renault betrachtet den Staphylococcus als die Ursache des Geschwürs, das somit keinen spezifischen Charakter an sich trägt. — Herr Brocq meint, dafs man die Diagnose nicht feststellen könne, bevor die periphere Dermitis abgeheilt sei.

Syphilisähnliche papuloerythematöse Eruption. Herr Eudlitz stellt ein 15jähriges Mädchen vor mit einer Eruption, die auf den ersten Blick an ein sekundäres Syphilid mit Roseola und papulo-squamösen Effloreszenzen denken läfst. Sie besteht aber schon seit 4½ Monaten und fängt kaum an zurückzutreten.

Herr Besnier hatte die Patientin ebenfalls gesehen, aber weder einen Schanker noch Drüsenschwellungen konstatieren können. Den Roseolaausschlag betrachtet er als die Spuren der vorangegangenen papulo-squamösen Eruption. Wahrscheinlich handele es sich um eine Varietät von akuter oberflächlicher und atypischer Psoriasis. — Herren Du Castel, Jacquet, Brocq, Darier berichten über ähnliche Fälle. — Herren Brocq und Darier erklären, dafs diese Art von Fällen keineswegs zur Unnaschen Parakeratosis variegata oder scutulata gezählt werden können; sie nähern sich der akuten Psoriasis, sind aber keine echte Psoriasis. — Herren Fournier und Barthélemy betonen die praktische Wichtigkeit solcher Fälle und die Schwierigkeiten

zu denen sie in gerichtsärztlicher Beziehung Anlafs geben können. Sie meinen, dafs man hier eine Quecksilberbehandlung einleiten müsse: verschwinden die Läsionen nur langsam, so kann die Probe nicht als beweisend betrachtet werden, da die Dermatose Neigung zur Regression zeigt; erfolgt aber die Heilung rasch, so kann man über die syphilitische Natur der Affektion keinen Zweifel mehr haben. Der Versuch mufs also gemacht werden. — Herr Besnier ist hingegen der Ansicht, dafs man die Patientin in Anbetracht ihres ausgezeichneten Gesundheitszustandes mit der antiluetischen Behandlung noch warten lassen solle. Übrigens spreche der Umstand, dafs trotz des über viermonatlichen Bestehens der Affektion noch keine Läsionen auf der Haut und den Schleimhäuten aufgetreten sind, dafür, dafs es sich nicht um Lues handele.

Elephantiasis des Penis. Herr Du Castel. Der 21jährige Patient trägt eine angeborene Phimosis. Mit 18 Jahren leichte Balanitis, welche zu einer progressiven Verdickung der Vorhaut geführt hat. Gegenwärtig ist der Penis 16 cm lang und mifst 15 cm im Umfang; die Haut zeigt normale Färbung, trägt aber stellenweise papillomatöse Wucherungen. Herr D. möchte vor der Dekortikation noch die Elektrolyse versuchen. — Herr Brocq hat damit sehr gute Resultate erzielt, besonders in den Fällen, wo die Elephantiasis einen progressiven Charakter zeigte.

Herren Emery und Glantenay stellen einen analogen Fall vor. Die Affektion begann vor vier Jahren mit einem hochgradigen entzündlichen Ödem, das innerhalb 14 Tagen zu einer Anschwellung des Penis führte, der wie eine „angefüllte Blase" aussah. Keine lokalen Läsionen (Schanker, Erosionen, Blennorrhoe) sind vorangegangen. Nach und nach trat an Stelle der akuten Infiltration eine skleröse Verdickung der Gewebe. Seither ist der Zustand der affizierten Stellen stationär geblieben abgesehen von einigen Remissionen zur Sommerszeit, wo die Konsistenz und der Umfang der infiltrierten Partien abnimmt. Zwei Jahre nach dem Beginne der Affektion fing auch das Scrotum an ergriffen zu werden. Gegenwärtig ist der Penis stark hypertrophiert und S-förmig gekrümmt, die Glans ist von normalem Aussehen, läfst sich aber nur schwer abdecken. Die Vorhaut zeigt auf ihrer dorsalen Fläche, nahe am freien Rande einen dicken fibrösen Strang, der vorn eine Öffnung begrenzt, die vor fünf Wochen nach einer gangränösen Läsion aufgetreten war. Dieselben hypertrophischen Veränderungen findet man am unteren und mittleren Teile des Scrotums. Die Hoden erscheinen gesund. Mit 25 Jahren acquirierte der Patient eine Syphilis mit Schanker an der Lippe und Roseola; ungenügende Behandlung. Im Jahre 1889 erschienen auf der Haut des linken Beines syphilitische Läsionen, die sich seither mehrmals wiederholt haben und gegenwärtig sieht man noch am linken Oberschenkel ein tuberculo-krustöses Syphilid. Wahrscheinlich handelt es sich um ein diffuses hypertrophisches Syphilom in Gestalt einer Elephantiasis. — Herr Brocq hat einen ähnlichen Fall beobachtet; die Heilung wurde durch eine antisyphilitische Behandlung erzielt.

Recidivierende Syphilis. Herr Du Castel. Patient mit frischer Syphilis nach der übereinstimmenden Ansicht aller Ärzte, die ihn untersucht haben. Verdächtiger Coitus am 1. November; Mitte Dezember zeigt sich in der Balanopräputialfalte eine Erosion, deren Grund bald knorpelhart wird; Mitte Januar typische Roseola. Der Patient giebt an, im Jahre 1892 wegen eines syphilitischen Schankers, Plaques muqueuses des Rachens und einer krustösen Eruption behandelt worden zu sein. Die Eruption hat auch oberflächliche weifse Narben zurückgelassen, wie man sie nach erosiven Syphiliden sieht. — Im März 1896 trat der Patient wieder in die Abteilung von Herrn D. C. ein und zwar wegen einer Iritis mit nächtlichen Kopfschmerzen; er wurde mit Hg-Einreibungen behandelt.

Quecksilberintoxikation und Durchgängigkeit des Nierenfilters. Herr MILAN stellt eine 22jährige Frau vor, welche während 14 Tagen täglich zwei Pillen von je 0,05 HgJ_2 wegen einer frischen Lues eingenommen hatte. Es trat rasch eine intensive allgemeine exfoliative Dermatitis mit Fieber und schweren Allgemeinsymptomen auf; keine Albuminurie. Die Nieren erwiesen sich als vollständig durchgängig (Methylenblaufarbe); negatives Resultat der alimentären Glykosurinprobe. Hieraus lassen sich vielleicht folgende Schlüsse ziehen: 1. Die Prognose des Falles ist günstig, 2. die besondere Empfindlichkeit der Patientin gegenüber dem Hg scheint nicht in einer verminderten Funktionsfähigkeit der Nieren zu liegen.

Naevusförmige variköse Pigmentflecke. Herren GASTON und EMERY. In der Krankengeschichte des vorgestellten Patienten sind zwei Punkte hervorzuheben: 1. Das Auftreten von Varicen gleich nach einem langen Typhus, was dafür sprechen würde, dafs gewisse Infektionskrankheiten Veränderungen der Venenwandungen verursachen können, die entweder zu ulcerösen oder nicht ulcerösen Phlebitiden oder aber zu varikösen Dilatationen der Gefäfse führen. 2. Das Vorhandensein von hyperästhetischen Pigmentflecken, die sich langsam auf den Fufsrücken und an den Malleolen entwickelt haben; ihre histologische Struktur und das klinische Aussehen stimmt mit denen bei Pigmentnaevi überein. — Handelt es sich um eine Form variköser Dilatationen oder von spät entwickelten Naevi? Jedenfalls sind beim Patienten Ernährungsstörungen der Venenwandungen vorhanden, deren prädisponierende Ursachen in der hereditären Beanlagung (Neuropathie und Tuberkulose) und deren Veranlassung in der typhösen Infektion zu suchen sind.

Multiple subcutane kalte Abscesse. Herren GASTON und EMERY. Ein vorher stets gesund gewesener Patient legte wegen eines Stiches in der Seite ein Zugpflaster auf. Sofort trat eine Urticariaeruption und multiple Abscesse ohne Schmerzen oder entzündliche Reaktion auf; diese Abscesse sind haselnufs- bis orangengrofs. Im Eiter fand man keine KOCHschen Bacillen, dagegen einen Parasit in Gestalt von Sporen oder Kolonien inner- und aufserhalb der Eiterzellen; auf Kulturen lassen sich dieselben Sporen züchten; aufserdem einen grofsen Bacillus, dessen Kolonien an diejenigen gewisser mycelbildender Parasiten erinnern.

Spät aufgetretene Plaques muqueuses. Herr BARBE hat zwei derartige Fälle beobachtet. Der erste betrifft einen Mann, der vor 20 Jahren einen von RICORD als syphilitisch erkannten Schanker acquiriert hatte, auf welchen sekundäre Erscheinungen gefolgt waren. Gegenwärtig trägt der Patient Condylomata lata in der Umgebung des Anus. Im anderen Falle handelt es sich um eine 45jährige Frau, die sich vor neun Jahren durch ihren Mann syphilitisch infizierte. Seither zeigen sich wiederholt luetische Eruptionen und gegenwärtig trägt sie breite Kondylome an der Unterlippe. Die Bedeutung solcher Thatsachen beim Eingehen von Ehen liegt klar auf der Hand.

Bemerkung über die syphilitische Heredität. Herr BARTHÉLEMY. Nicht zu verwechseln sind die schweren heredosyphilitischen Erscheinungen, bei denen eine spezifische Behandlung angezeigt ist, und die parahereditären, welche als Entartungsphänomen aufzufassen sind und wo man allgemeine Mittel anwenden mufs. Herr B. hat hierüber an anderer Stelle ausführlich berichtet und betont hier nur, dafs die hereditäre Lues öfters monosymptomatisch verläuft, indem die Erscheinungen nach dem Sitze des befallenen Organs variieren. Die syphilitische Heredität führt rasch zur organischen Entartung und zum Verfalle der Rasse; diese Frage ist aber noch wenig studiert worden. Aufser den physischen Entartungsphänomenen giebt es aber noch psychische und hat man bei den Psychosen der Degenerierten in erster Linie an die Syphilis zu denken. Auch bei den entarteten Verbrechern kommen Stigmata hereditärer Lues häufig vor.

Miliare, dem Lichen scrophulosorum ähnlich sehende Folliculitis bei einem Tuberkulösen. Herr THIBIERGE stellt einen 45jährigen Patienten vor, der an Lungen- und Knochentuberkulose leidet und bei dem sich aufserdem seit einem Monat eine Hauteruption entwickelt hat. Diese Eruption besteht aus miliaren, von einer schmalen roten Zone umgebenen, wenig über das Hautniveau hervorragenden, disseminierten oder in Gruppen stehenden Pusteln. Diese Gruppen bilden mehr oder weniger breite Plaques von länglicher Form oder auch ganz unregelmäfsig und welche ihrem Aussehen und ihrer Farbe nach den Gedanken an den Lichen scrophulosorum aufkommen lassen, bestehen aber nicht wie bei dieser letzteren Affektion aus glänzenden Papeln sondern aus kleinsten Pusteln, bräunlich roten Flecken und dünnen Schüppchen. Die Verteilung der Eruption ist ziemlich symmetrisch und nimmt den Rücken und die Glutaealgegend ein. Die Affektion ist offenbar neben den Lichen und die Acne scrophulosorum, die isolierten oder acquirierten Follikulitiden der Tuberkulösen zu den Tuberkuliden zu rechnen.

Zwei Fälle von hereditärer Syphilis. Herr THIBIERGE. 1. 37jähriger Mann mit stark verdickten Tibien (besonders rechts), die beiden Radien sind ebenfalls verdickt. Diese Knochenveränderungen haben mit dem 13. Jahre begonnen. Ferner besteht eine 25 cm lange Perforation des rechten hinteren Gaumenbogens; die Stirnhöcker ragen stark hervor, das Gaumengewölbe ist spitzbogenförmig mit einer medianen Exostose. Fast alle Zähne sind ausgefallen, die allein noch bestehenden unteren Schneidezähne sind normal; keine Gesichtsstörungen oder interstitielle Keratitis; Schwerhörigkeit infolge eines Tubenkatarrhs; keine Hodenatrophie; Körperlänge 1,57 m. — 2. 6jähriger Knabe, dessen Mutter gegenwärtig an gummösen Syphiliden der Beine leidet und bei ihr die ersten Erscheinungen ihrer Erkrankung bilden. Der Vater des Kindes hat vor acht Jahren am Penis und im Munde Läsionen gezeigt, die als luetisch erkannt und behandelt worden waren. Bei dem Kinde besteht eine Asymmetrie des Gesichts mit Abflachung der linken Hälfte, Hypertrophie des rechten Stirnhöckers, Narben in der Umgebung des Mundes, Spitzbogengestalt des Gaumens mit medianer Exostose, Zahndeformationen und Atrophie der Hoden.

Mykosis fungoides. Herren BARTHÉLEMY und HALLOPEAU. Der Fall zeichnet sich aus durch die bedeutenden Dimensionen eines der Tumoren auf dem Rücken, welcher von einem quaddelartigen Rande umgeben ist, den Polymorphismus der anderen Efflorescenzen, die von erythematösen Flecken und Urticariaquaddeln zu mehr oder weniger emporragenden Tumoren variieren, die tiefe Infiltration der Cutis unterhalb kaum sichtbarer Flecken, durch die geringe Lymphdrüsenbeteiligung, die geringe Intensität des Pruritus und das Bestehen von Morphoea- oder dermographischen Plaques.

Über einen Schub von Pityriasis rubra pilaris mit allgemeiner exfoliativer Erythrodermie. Herr HALLOPEAU. Die Eruption zeigt sehr grofse Analogie mit den erythrodermatischen Schüben bei der Psoriasis, indem sich bei beiden die Röte über beinahe die ganze Körperoberfläche ausbreitet und nur einige Inselchen gesunder Haut freiläfst; die Dauer der Affektion ist auch ungefähr dieselbe und beträgt mehrere Wochen; die Abschuppung ist aufserordentlich intensiv. Die Differentialdiagnose läfst sich nur entscheiden gestützt auf das Vorhandensein miliarer Knötchen auf Rücken, Fingern und Zehen. Die Eruption ist rasch und beinahe vollständig zurückgegangen, was man bei dieser Affektion seltener beobachtet; von dem Lichen WILSON ist die Dermatose vollständig verschieden.

Über die abnorme Lokalisation und Entwickelung papulo-erythematöser Syphilide in der Umgebung harter Schanker. Herr HALLOPEAU. Neben einer allgemeinen papulösen Eruption besteht bei dem Patienten ein lokaler flächenförmiger Ausschlag, welcher zwei indurierte und noch bestehende Schanker vollständig umgiebt;

die papulöse Eruption hat an dieser Stelle bedeutend stärkere Dimensionen angenommen als an allen anderen Körperstellen. Wahrscheinlich ist in diesen indurierten Partien ein viel aktiveres Virus bestehen geblieben, das sich entwickelt und in der Umgebung verbreitet hat. Solche Fälle sprechen für die Indikation der Schankerexcision.

Behandlung der Psoriasis durch Injektionen von Hodenextrakt. Herr Hallopeau hat die Methode bei verschiedenen Psoriasisfällen angewendet und bei einem mit täglichen Dosen von 5,0 2½ Monate lang fortgesetzt. Die ziemlich intensive Eruption ist nur teilweise zurückgegangen und die lokale Therapie hat viel bessere Resultate erzielt.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 4. März (20. Februar) 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

Pospelow gedenkt zunächst in warmen Worten des Ablebens von Professor Schwimmer und fordert die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Plätzen zu ehren.

1. Pospelow demonstriert nochmals die Patientin mit **Elephantiasis des rechten Unterschenkels**, welche sich unter den Kalomelinjektionen (bisher 8 zu 0,05) weiter gebessert hat.

2. Speranski stellt eine 23jährige Bäuerin mit einem **Carcinom der rechten grofsen und kleinen Schamlippe** vor. Das Geschwür zeigt den charakteristischen höckerigen Bau, sehr harte Ränder und hat bereits Metastasen in den Leisten, insbesondere der rechten gemacht, wo sich im Anschlufs an einen Abscefs, der eröffnet wurde, ein grofses Geschwür gebildet hat. Die klinische Diagnose fand ihre Bestätigung bei der mikroskopischen Untersuchung eines zu diesem Zwecke exstirpierten Geschwulststückchens.

3. Kracht stellt einen 35jährigen Mann mit **Tuberkulose der Mundhöhle** vor. Das Leiden soll drei Jahre bestehen und betrifft rechterseits die Wangen- und Lippenschleimhaut. Diese Partie ist in eine papillomatöse, von Rhagaden durchzogene, infiltrierte Geschwulst verwandelt, welche nach hinten bis zum Kieferwinkel reicht. Das Zahnfleisch ist nicht in Mitleidenschaft gezogen und die Haut des Gesichtes ist ganz normal. Die Drüsen erweisen sich dagegen vergröfsert. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man reichliche Riesenzellen und Granulationsgewebe, aber keine Tuberkelbacillen.

Pospelow stimmt zwar der Diagnose Tuberkulose bei, da der Prozefs ausschliefslich die Schleimhaut betrifft, erst im späteren Lebensalter aufgetreten ist und die Drüsen mit affiziert hat, rät aber dennoch zu Vorsicht bei der Diagnose, weil der mikroskopische Befund nicht gegen Lupus spricht.

4. Glawsche und Nikulin sprechen über die **Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalomelinjektionen**, welche ihnen in fünf Fällen ein völlig negatives Resultat gab. — Pospelow schliefst sich diesem Urteil an; er hat nur eine Abnahme des kollateralen Ödems durch diese Injektionen beobachten können, während der Lupusprozefs selbst unbeeinflufst blieb.

5. Nikulin demonstriert eine 24jährige Bäuerin mit beginnender **diffuser Sklerodermie.** — Pospelow hebt an diesem Fall die für Sklerodermie charakteristische Cyanose der Extremitäten und ferner die Verdickung der Knochenenden hervor. — Kracht referiert über die früher in der Klinik beobachteten Fälle von

Sklerodermie, unter denen die diffuse Sklerodermie gegenüber derjenigen en plaques überwog.

6. Glawsche demonstriert den bereits früher vorgestellten Kranken mit **Lichen ruber acuminatus**, bei dem unter subcutaner Arsenikbehandlung einige Besserung zu konstatieren ist.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 28. September 1897.

1. **Ein Fall von Psoriasis vulgaris und Syphilis ulcerosa**, von Schwimmer. Das Auftreten von Psoriasis und Syphilis an einem Individuum gehört wohl zu den selteneren Ereignissen, es giebt aber dennoch Fälle, bei denen das Nebeneinandersein beider Prozesse oft diagnostische Schwierigkeiten verursacht, und dies ist zumeist da der Fall, wo die Syphilis als squamöse Form auftritt. Einfacher ist die Sache, wenn neben einer gut ausgebildeten Psoriasis die schwerere Form der Syphilis, wie z. B. Gummen, Ulcerationen u. s. w. sich entwickeln. Diese letztere Kombination ist auch bei dem 33jährigen Patienten, der die Primäraffektion negiert, und bei dem der Prozefs bereits seit zwei Jahren besteht, zu beobachten. Bei demselben bestehen neben typischer Psoriasis, welche Plaquesbildungen und mäfsige Schuppung zeigt, auf dem linken Unterschenkel Geschwüre, welche zwar einen knotigen Rand zeigen und auch mit anderen Geschwüren verwechselt werden könnten, die serpiginöse Form, die Farbe und die teilweisen Vernarbungen aber die Diagnose auf Syphilis sichern. Charakteristischer ist schon die Veränderung auf dem linken Oberarm, indem sich daselbst ein wie mit einem Locheisen ausgebohrter Substanzverlust befindet.

2. **Ein Fall von Rupia syphilitica universalis**, von Schwimmer. Der 22jährige Tagelöhner führt seine Erkrankung auf 5—6 Jahre zurück, was in Anbetracht der ausgebreiteten Veränderungen nicht sehr wahrscheinlich ist. Das Krankheitsbild zeigt auf vielen Stellen das typische Bild der Rupia syphilitica, auf anderen Stellen sind aber grofse Infiltrationen, zerstreute dichte Knoten, welche auf Lupus schliefsen lassen, so dafs bezüglich des hier obwaltenden pathologischen Prozesses Zweifel aufkommen könnten, ob es sich daselbst um einen sehr ausgebreiteten Lupus oder Syphilis handelt. Die charakteristischen Zeichen der einzelnen Veränderungen sind folgende: Auf beiden Schultern, hauptsächlich rechts, befinden sich handtellergrofse, schlangenförmige, flache Infiltrationen, welche stellenweise, wie auf der rechten oberen Extremität das Bild eines „Granuloma“ zeigen. Wieder auf anderen Stellen sind mehr oder minder grofse Hautdefekte, Ulcerationen, welche teilweise mit Borken bedeckt sind. Ähnliche Veränderungen sind auf dem rechten Unterarm und auf dem ganzen rechten Unterschenkel. In der Umgebung und auch inmitten der Ulcerationen bestehen blauweifsliche Narbenbildungen, welche zweifellos durch denselben Prozefs entstanden sind. Die Veränderungen im Gesichte sind der Akne ähnlich. Anamnestisch ist bei dem Kranken zu eruieren, dafs er sich einer venerischen Affektion nicht erinnern kann. Die Schleimhäute sind normal. Bis jetzt war Patient gar keiner Behandlung unterworfen.

Havas fragt, ob Schwimmer den Fall für eine Syphilis gravis oder für eine Spätform derselben hält. Er schliefst sich der letzteren Ansicht an. — Schwimmer nimmt auch eine Spätform der Syphilis an, umsomehr, nachdem der Prozefs bereits seit sieben Jahren besteht. — Justus ist derselben Ansicht. — Török fragt die Herren, welche Erfahrungen dieselben haben über Verhältnis und Häufigkeit der cutanen und subcutanen Gummata bei ein und demselben Individuum? Andererseits ob dieselben Serpiginosität bei subcutanen oder cutanen Gummen beobachtet haben? Er konnte

nur bei streng genommenen cutanen Gummen Serpiginosität beobachten, währenddem das subcutane Gumma einfach exulceriert und nicht weiter schreitet. — Róna und Havas sind derselben Ansicht. — Justus macht die Serpiginosität nicht vom Sitze des Gumma, sondern von der Zahl derselben abhängig; denn ein Gumma exulceriert und schreitet nicht weiter, während mehrere Gummen exulceriert serpiginös weiter schreiten.

3. **Ein Fall von Tuberculosis ulcerosa,** von Schwimmer. Die Tuberkulose ist bekanntlich früher häufig mit der Syphilis verwechselt worden, und dies hauptsächlich in solchen Fällen, wo sich auf den Schleimhäuten destruktive Prozesse bilden. Derzeitig kommen solche diagnostische Fehler weniger vor, indem unsere diagnostischen und bakteriellen Behelfe weit besser ausgebildet sind. Die Differentialdiagnose ist natürlich in solchen Fällen besonders wichtig in prognostischer und therapeutischer Beziehung. Instruktiv in dieser Richtung ist auch dieser Fall, indem bei dem phthisischen Kranken vor 1½ Jahren im Bereiche des weichen Gaumens eine Ulceration sich entwickelte, welche einen Teil der Schleimhaut in Form eines eiförmigen Geschwüres rechts oberhalb der Uvula zerstörte. Die Umgebung des Geschwüres zeigt eine stärkere Infiltration und Schleimbildung. In letzterer Zeit bildete sich oben auf der rechten Ohrmuschel eine ähnliche Ulceration, welche die lupöse Knötchenbildung vermissen läfst, währenddem auf dem unteren Teile derselben sich eigentlich eine Hypertrophie entwickelte.

4. **Ein Fall von Lichen corneus ähnlichen Bildungen auf dem Unterschenkel,** von S. Róna. Anknüpfend an die Diskussion der vorhergegangenen Sitzungen stellt er einen Kranken vor, bei dem auf dem rechten Unterschenkel Lichen corneus ähnliche Gebilde sich entwickelten, ohne dafs je bei ihm andere Hautveränderungen konstatiert werden konnten. Derartige Fälle hatte er selbst bis zum Jahre 1894 für eine transformierte Form des Lichen planus gehalten, seit dem Breslauer Kongrefs erachtet er es für notwendig, solche Fälle vorzustellen und zu besprechen, um die Überzeugung zu gewinnen, ob das ein richtiger Lichen planus ist oder etwa ein lokaler Pruritus, infolgedessen eine derartige Lichenisation provociert wurde. Der 40jährige Tagelöhner hatte vor drei Jahren über den ganzen Körper ein heftiges Jucken ohne jegliches Exanthem, gegen welches er Teer verordnet bekam. Das Jucken lokalisierte sich später auf dem Unterschenkel, das bis heute persistierte, worauf sich diese Lichen corneus-ähnlichen Gebilde entwickelten. Auf dem rechten Fufse und Unterschenkel bestehen Varices, in der Mitte desselben sind mehrere linsen- bis daumengrofse, 2—4 mm dicke Lichen corneus-ähnliche Gebilde, hier und da Exkoriationen. Auf der übrigen Hautdecke und Schleimhäuten ist nirgends ein Lichen planus-Knötchen zu sehen. Den Fall beobachtete auch Havas seit Jahren, ohne je ein Lichen planus-Knötchen gesehen zu haben. — Schwimmer bemerkt, dafs man auch an Ekzem hier denken könnte, er hält den Fall auch für einen Lichen. — Török st der Ansicht, dafs eine Lichenisation zu allen Affektionen hinzutreten kann, welche mit einem Pruritus und Kratzen einhergehen. Wenn man aber so hochgradige und cirkumscripte Epidermishypertrophien sieht, ist die Annahme eines Lichen corneus eine richtige. — Havas kennt den Fall seit längerer Zeit und stellte auch die Diagnose auf Lichen corneus. Er wurde mit Emplastrum saponato-salicylicum behandelt. — Justus bemerkt, was die Entwickelungszeit des Lichen corneus anbelangt, hatte er Gelegenheit, einen Fall auf der Klinik zu beobachten, bei dem sich im Verlaufe von vier Wochen dicke corneusähnliche Gebilde entwickelten. — Havas behandelt in seiner Privatpraxis eine Frau, die ähnliche Hautveränderungen hat. In ersterer Zeit wurde sie nur topisch behandelt, später verordnete er Arsen in gesteigerten Dosen, der Zustand besserte sich aber nicht, auf Pyrogallus ist eine kleine Besserung eingetreten. — Török empfiehlt Quecksilberpflaster.

5. **Periurethraler Abscefs und blennorrhoische Striktur bei einem elfjährigen Knaben**, von ALAPI. Laut Angabe des kleinen Patienten hat sich bei ihm vor 3—4 Wochen auf den Geschlechtsteilen ein Abscefs eröffnet. Die Untersuchung ergiebt nun eine periurethrale eiternde Entzündung. Um die Untersuchung besser ausführen zu können, wurde das Orificium externum der Harnröhre eingeschnitten, nach Verheilung der Wunde ermittelte die Sondenuntersuchung, dafs die Harnröhre auf zwei Stellen, und zwar Fossa navicularis und Scrotalgegend der Harnröhre, bis zu 15 Ch. verengt ist. Die Explorationssonde beförderte etwas Eiter heraus, die mikroskopische Untersuchung ergab typische Gonokokken, welcher Befund den ganzen Symptomenkomplex blennorrhoischen Ursprunges deutlich erklärt. Dieser Fall dient auch als Beitrag zur richtigen Deutung der unter dem Namen „katarrhalische Harnröhrenentzündung der Knaben" bekannten Affektion, andererseits zeigt er, dafs selbst relativ weitkalibrige Strikturen Ursache sein können einer periurethralen Entzündung und Abscefsbildung, ausgehend vom retrostrikturalen Teile. Nach der temporären Erweiterung der Strikturen ist auch die Verkleinerung des Abscesses zu beobachten.

6. **Ein Fall von Lithotripsie bei einem Knaben**, von ALAPI. Die Klagen des 12jährigen Knaben bestanden in kontinuierlichem Harndräufeln und in zeitweise auftretenden Schmerzen in der Blase. Die Untersuchung ergab einen Blasenstein und Cystitis. Die Cirkumferenz des Penis war 55 mm, was der OTISschen Skala 23 Ch. entspricht für die Harnröhre, und nachdem thatsächlich ein 23 Ch. weites Instrument die Harnröhre leicht passierte, entschlofs er sich zur Lithotripsie. Nach einigen Blasenwaschungen mit Silbernitrat hellte sich der Urin bedeutend auf und die Schmerzhaftigkeit der Blase liefs bedeutend nach. Bei Vornahme der Operation zeigte sich aber die Blase der Ausdehnung gegenüber noch immer sehr intolerant, indem trotz tiefer Narkose schon bei 70—80 ccm Borflüssigkeit sich bereits starke Blasenkontraktionen einstellten, so dafs von einer stärkeren Füllung der Blase abgesehen werden mufste. Während der Operation entleerte sich neben dem Instrument noch beiläufig die Hälfte des Blaseninhaltes, so dafs die Steinzertrümmerung in circa 40—50 ccm Flüssigkeit erfolgen mufste. Trotz dieser ungünstigen Verhältnisse und trotzdem das COLLINSche Instrument 43 mal geöffnet werden mufste — der Stein hatte einen Durchmesser von 2½ cm — wurde die Blasenwandung derartig verschont, dafs die entleerte Flüssigkeit gar keine blutige Färbung zeigte. Nach drei Tagen verliefs der Patient geheilt das Bett, indem der Urin auch noch ganz klar wurde. Die entleerten Steintrümmer hatten ein Gewicht von 5—6 g. — ALAPI referiert bei dieser Gelegenheit noch über einen anderen Fall. Es war ein 10jähriger Knabe, dessen Harn sauer und aseptisch war, die Blase toleranter, der Stein kleiner — 1½ cm im Durchmesser — die entleerten Steintrümmer hatten ein Gewicht von 2,4 g. Sowohl die Operation als auch die Nachbehandlung verliefen reaktionslos, der Knabe war in drei Tagen ganz gesund. — Die Schwierigkeiten der Lithotripsien bei Kindern sind nach THOMPSON darin zu suchen, 1. dafs die Blase iritabel ist, schon kleine Reize genügen, energische Kontraktionen hervorzurufen; 2. bei Kindern besitzt die Blase nicht so einen bestimmten Platz, wo sich die Steine ansammeln und leicht aufzufinden sind, 3. ist die Harnröhre der Kinder enge. Diese zwei Fälle — und anknüpfend an die gröfseren Erfahrungen anderer — sprechen dafür, dafs die zwei ersten Punkte keine unbesiegbaren Hindernisse bieten. Was nun den dritten Punkt, nämlich die Enge der Harnröhre, anbelangt, machte er Versuche, ob die OTISsche Skala, welche zwischen der Cirkumferenz des Penis und dem Kaliber der Harnröhre ein stationäres Verhältnis bildet und von deren Richtigkeit er sich bereits längst durch Messungen an Lebenden und Leichen überzeugte, auch für die Harnröhren der Kinder verwendbar ist. Er hatte Gelegenheit, auch daselbst sich von deren Verwendbarkeit zu überzeugen. In

solchen Fällen daher, wo ein im Verhältnisse zum Stein ohne Schwierigkeiten passierbares Instrument eingeführt werden kann, ist die Lithotripsie auch bei Kindern bei der heutigen vorgeschrittenen Technik als eine den besten Erfolg erzielende Operation zu betrachten.

Feleki hält den ersten Fall schon auch darum bemerkenswert, indem diese hochgradige Striktur sich in so kurzer Zeit entwickelte. Dieser Fall ist nun ein weiterer Beweis dessen, was er schon in der vor drei Jahren erschienenen Publikation „über die Ätiologie der Strikturen" auseinandersetzte, dafs nämlich in allen Fällen, wo kongenitale Strikturen angenommen werden, dieselben durch eine in der Kindheit durchgemachte Blennorrhoe verursacht werden. — Lithotripsien im Kindesalter werden eigentlich selten ausgeführt. Seitdem die Sectio alta benutzt wird, hält es niemand für indiciert, bei Kindern Lithotripsien auszuführen, ja die meisten perhorrescieren dieselbe. Diese zwei Fälle sind zwar von Erfolg gekrönt, er möchte aber trotzdem die Lithotripsie bei Kindern nicht anwenden, um so weniger, weil die Erfahrung lehrt, dafs häufig in dem Löffel des Instrumentes kleine Steintrümmer zurückbleiben, welche beim Herausziehen desselben die Harnröhre leicht verletzen, was sehr leicht die Ursache schwerer Komplikationen sein kann. Dies möchte beherzigt werden, so auch die Äufserung eines englischen Chirurgen, dafs man stets ein Schneideinstrument in Bereitschaft halte in solchen Fällen, da man leicht gewärtig sein kann, dafs der Stein so hart ist, dafs man es nicht wagen kann, das zu schwache Instrument einer Probe auszusetzen. — Alapi reflektiert darauf, dafs nach der Thompsonschen Statistik jedes 13. Kind stirbt; Thompson sagt blofs, dafs er die Ausführung der Operation unter drei Jahren nicht ausführbar hält, aber nach fünf Jahren schon. Unter anderen machte auch Prof. Kovács diese Operation. Die Einklemmung von Steinen in dem löffelartigen Instrumente gehört zu den Seltenheiten. Die Gefahr der Verletzung mag wohl noch in den Zeiten bestanden haben, wo man den Guyonschen Aspirator noch nicht verwendete, und wo der Operateur das löffelartige Instrument dazu benutzte, die Steintrümmer zu entfernen, und dieses 10—20 mal ausführte. — Feleki citiert die Statistik von Assendelft und Albert; ersterer hatte von 102 mit Sectio alta operierten Fällen blofs 2 Todesfälle, und selbst von diesen stand auch nur 1 Todesfall in direkter Beziehung zur Operation. Von den neueren 20 Fällen bei Albert starb kein einziges Kind. Die glänzenden Statistiken beweisen nur, dafs man Kindern die Lithotripsie nicht aufs Spiel setzten soll. Thompson hält die Lithotripsie bei Kindern nur bei gewissen strengen Bedingungen indiciert, Ultzmann hingegen erklärt kategorisch, dafs die Lithotripsie nur bei Individuen von über 16 Jahren ausgeführt werden soll.

7. **Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner)**, von Varga. Die Mutter der 16jährigen Näherin giebt an, dafs das bei dem Mädchen bestehende Leiden auch bei ihren übrigen Kindern besteht und zwar bei noch einem 8jährigen Mädchen und bei einem 3jährigen Knaben. Die Affektion begann bei allen im zweiten Lebensjahre, in der Zeit, wo sie gehen lernten; in dieser Zeit entwickeln sich auf den Füfsen und Zehen, sowohl plantarwärts als dorsalwärts stecknadelkopf- bis nufsgrofse wasserklare Blasen, welche schmerzhaft sind. Diese Blasen treten aufserdem noch auf solchen Körperstellen auf, wo die Haut einem Drucke ausgesetzt ist, so z. B. wo die Strumpfbänder anliegen und die Röcke gebunden werden, und bei Patientin, — die Näherin ist —, wo sie die Schere greift. Die Blasen treten hauptsächlich in den warmen Jahreszeiten auf, in den Wintermonaten sistieren selbe. Laut Angabe der Mutter bleibt die Eruption der Blasen aus, wenn die Kinder keine Schuhe tragen. Die Blasen haben anfangs serösen Inhalt, werden bald gelblich, später werden sie grün und bilden sich in der Hornschicht. Diese Affektion wurde zuerst von Köbner beschrieben, später von Goldscheider, Valentin, Lesser-Blunser

Amerikanische Vereinigung von Ärzten für Harn- und Geschlechtskrankheiten.
11. Jahresversammlung, abgehalten zu Washington am 4., 5. und 6. Mai 1897.
(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Juli 1897.)

Der Vorsitzende Dr. F. S. Watson berichtet über **postmortale Untersuchungen einiger Fälle von beweglicher Niere.** Der Bericht umfafst 8 Fälle, von denen 4 männliche, 4 weibliche Individuen betrafen. In 4 derselben waren beide Nieren beweglich. Die rechte Niere allein war in 3 Fällen beweglich; die linke allein nur in einem Falle. Das perirenale Fett war stark vermindert in 5 Fällen, schwach in 2; in einem Falle war es gar nicht vorhanden. Hydronephrosis fehlte in allen Fällen. Der peritoneale Überzug der Niere war in 4 Fällen stark gelockert. Von Interesse war in allen Fällen das Fehlen jeder ernsten Begleiterscheinungen infolge der beweglichen Niere. Eine Dilatation des Nierenbeckens oder der Nierenkelche war nicht vorhanden. Vortragender möchte die Vergröfserung des Organs bei beweglicher Niere wenigstens in den frühen Stadien eher auf eine akute Kongestion als auf Retentio urinae im Nierenbecken und auf konsekutive Dilatation zurückführen.

Dr. J. P. Bryson-St. Louis spricht über **klinische Beobachtungen über bewegliche und dislocierte Niere.** Soweit Vortragender sich überzeugen konnte, giebt es 1. eine Loslösung der Kapsel, innerhalb welcher die Niere sich hin und her bewegen kann; 2. die Kapsel selbst kann von ihren hinteren und oberen Anheftungen losgelöst sein und mit der Niere zusammen sich bewegen; 3. diese abnormen Zustände kommen in mehr oder minder starkem Grade vereint vor. Die subjektiven Symptome waren in einzelnen Fällen sehr gering, in anderen schwer; nicht immer waren es Nierensymptome. Je nachdem die bewegliche oder dislocierte Niere dieses oder jenes benachbarte Organ drückte oder zerrte, waren die Begleiterscheinungen verschiedene, bald gastrischer, bald nervöser, renaler oder cirkulatorischer Natur. — An den interessanten Vortrag schliefst sich eine sehr lebhafte Diskussion bezüglich der mechanischen Störungen, welche die bewegliche oder dislocierte Niere hervorzurufen im stande ist.

Dr. J. P. Tuttle spricht über **Urethro-Rectal-Fistel.** Die Urethro-Rectal-Fisteln können entsprechend ihren Ursachen eingeteilt werden 1. in traumatische; 2. in pathologische. Die häufigste Ursache der traumatischen Varietät ist Einschneiden oder Einreifsen in das Rectum während einer Operation an der Urethra, Prostata oder Blase wegen eines Steines. Unter den pathologischen Ursachen sind hervorzuheben Krebs und die verschiedenen Formen der Ulcerationen des Rectums, seien sie einfache, tuberkulöse oder syphilitische. Krankheiten der Urethra und der Prostata sind die Ursachen der Mehrzahl der Urethro-Rectalfistel. Strikturen mit nachfolgender Ulceration bilden vielleicht die häufigste Ursache. Abscesse der Prostata, seien sie einfache, blennorrhoische oder tuberkulöse, können in diese Form von Fistel ausgehen. Urethralsteine in der Pars prostatica oder membranacea oder solche, welche sich in der Prostata selbst entwickeln, können zur Entstehung von Recto-Urethralfisteln Veranlassung geben. Angeborene Urethro-Rectalfisteln sind in einer Anzahl von Fällen beobachtet worden. Dieselben sind jedoch nicht als wahre Fisteln, sondern als Mifsbildungen anzusehen. — Die Prinzipien der Behandlung der Urethro-Rectalfistel, wie sie der Vortragende angiebt, unterscheiden sich nur sehr wenig von den von Duplay aufgestellten.

Dr. R. W. Taylor hält einen Vortrag über **Priapismus.** Man kann die Krankheit folgendermafsen klassifizieren: 1. Priapismus, beobachtet bei Säuglingen und Kindern mit langer, enger, festhaftender Vorhaut, oder mit Steinen in der Blase oder in der Pars prostatica urethrae, oder mit Würmern im Rectum. Der hervorgerufene

Priapismus ist ein reflektorischer. 2. Priapismus bei jugendlichen Individuen mit Steinen in der Blase, Pars prostatica, Strikturen, Cystitis und Urinretention. Die Patienten empfinden mehr oder minder deutlichen Schmerz in der Glans penis. Der Zustand verschwindet nach Beseitigung der Ursache. 3. Der symptomatische Priapismus der Blennorrhoe ist vorübergehend, aber schmerzhaft, tritt zuweilen einige Male in der Nacht auf. 4. Priapismus infolge des Genusses von Kantharidien, jetzt sehr selten, weil das Mittel innerlich nur sehr wenig zur Anwendung kommt. 5. Der essentielle Priapismus, der in ätiologischer Hinsicht vier Unterabteilungen zuläfst: a) Priapismus, verursacht durch Verletzung des Rückenmarks oder durch heftige Stöfse oder Schläge auf das Perineum. b) Priapismus, welcher ein Symptom von cerebraler oder spinaler Erkrankung sein kann. c) Priapismus, der nach alkoholischen und sexuellen Excessen entsteht. d) Priapismus bei geschwächter Gesundheit, bei anämischen Zustanden. — Der Vortragende bespricht die Prognose und Therapie der Krankheit.

Dr. J. P. Bryson: **Ein Beitrag zur Entdeckung des Tuberkelbacillus im Urin.** Der Vortragende hat zufällig die Wahrnehmung gemacht, dafs, wo Tuberkelbacillen im Urin anwesend wären, sie reichlicher im Residualurin als in dem zeitlich gelassenen Harn aufträten. In der letzten Zeit habe er weitere Untersuchungen in der Weise angestellt, dafs er die Patienten aufforderte, die Blase so vollständig als möglich zu entleeren. Hierauf habe er einen gut sterilisierten Katheter eingeführt und den zumeist aus nur wenigen Tropfen bestehenden Residualurin aufgenommen. Der Unterschied zwischen der Zahl der Tuberkelbacillen in diesem und in dem zuerst gelassenen Urin war bedeutend. Der Vortragende bekräftigt das Gesagte durch Demonstration von entsprechenden mikroskopischen Präparaten und Photographien. — Dr. E. Martins Untersuchungen nach Tuberkelbacillen im Urin waren meist negativ. — Dr. Chismore warnt bei Tuberkulose des Urogenitaltractus vor der Einführung von Instrumenten in die Blase. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. September 1897.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Dezember 1897.)

Dr. H. G. Klotz stellt einen 12jährigen Knaben mit **Alopecia universalis** vor. Der Patient ist in Frankreich geboren und hat dort bis zu seinem 6. Lebensjahre gewohnt. Als er 4 Jahre alt war, bekam er Masern und Keuchhusten. Etwa 3 Monate später begann das Haar am Hinterhaupt in runden Scheiben auszufallen. An einzelnen Stellen wuchs das Haar wieder, während es an anderen ausfiel. Der Haarverlust war besonders stark im Sommer, während das kalte Wetter das Wachstum der Haare beförderte, so dafs im Winter der Kopf nahezu vollständig mit Haaren bedeckt war. Das neugebildete Haar war heller und weicher als das normale. Dieses abwechselnde Ausfallen und Wiederwachsen der Haare dauerte bis zum letzten Winter; seitdem ist der Knabe stetig kahler geworden. Auch die Augenbrauen und Augenwimpern sind ausgefallen. Der Patient ist sonst gesund und keineswegs nervös veranlagt. Die Diskussion dreht sich zuerst um die Prognose und Therapie derartiger Fälle. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder halten die Prognose der totalen Alopecie bei dem noch jugendlichen Alter des Patienten für ziemlich günstig und empfehlen besonders therapeutisch die Anwendung des elektrischen Stromes. Andere, wie Dr. Morrow, Elliot, Lustgarten, glauben, dafs es bei der Dunkelheit der Ätiologie unmöglich sei, eine Prognose in solchen Fällen anzugeben. Dr. Morrow hat 2 Geschwister in Behandlung gehabt, die erblich in keiner Weise belastet waren.

Das Mädchen bekam ihr Haar wieder, während ihr Bruder noch immer an totaler Kahlheit leidet. Die weitere Diskussion dreht sich um die Frage des neurotischen oder parasitären Ursprunges der Alopecie. Die Meinungen hierüber sind, wie auf allen Versammlungen, auf welchen die Alopeciefrage zur Sprache kommt, sehr geteilt.

Dr. P. A. Morrow stellt einen 24jährigen jungen Mann mit **Dermographismus** vor. Mäfsiger Druck mit jedem stumpfen Instrumente ruft prompt deutlich erhabene Linien entsprechend dem Reize hervor. Vortragender hat viele Fälle von Dermographismus gesehen, aber keinen mit so stark markierten charakteristischen Erscheinungen. — Dr. Klotz macht auf das Fehlen jeglicher Urticariasymptome und jeder Neurose aufmerksam. — Dr. Fordyce sagt, es wäre interessant, in einem solch exquisiten Falle das Blut auf die Anwesenheit von eosinophilen Zellen zu untersuchen. — Dr. Lustgarten betrachtet die Frage der Koagulabilität des Blutes bei Urticaria und ähnlichen Hautkrankheiten von grofsem Interesse und weiterer Untersuchungen für wert. Derartige Zustände sind als eine kongenitale nervöse Hyperexcitabilität anzusehen, welche entweder nach Unna die kleinen Hautvenen oder nach Heidenhain die Lymphkapillaren trifft. Letzterer erklärt auf Grund exakter Experimente das Ödem, die Urticaria und ähnliche Zustände als die Folge einer aktiven Sekretion der Lymphkapillaren. — Dr. Morrow sagt, der Dermographismus ist immer als eine vasomotorische Erscheinung angesehen worden, welche auf eine angeborene Hyperexcitabilität der Vasomotoren zurückzuführen sei. Von grofsem Interesse sei jedoch die Thatsache, dafs Personen mit Hemiplegie auf der hemiplegischen Seite Dermographismus zeigten, ebenso dafs Lepröse mit Lepra anaesthetica und vollständigem Verlust der Empfindung den Dermographismus in hohem Grade zeigen können.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 12. Oktober 1897.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Dezember 1897.)

Dr. E. Fuller demonstrierte Präparate eines Falles von **Blasenkrebs**. In diesem Falle hatte der rapid wachsende Krebs in ausgedehnter Weise die Oberfläche der Blase um den Blasenhals herum ergriffen. Profuse Blutungen, beträchtliche Mengen übelriechenden Eiters, grofse Beschwerden bei der Harnentleerung waren die hauptsächlichsten Symptome. Die Untersuchung mit dem Cystoskop war wegen der Lokalisation des Carcinoms unmöglich. Vortragender rät trotz des zweifellosen Wertes des Cystoskops entschieden von der Untersuchung derartiger Fälle mittelst desselben ab. Die suprapubikale Operation konnte bei dem Umfange des Krebses den Tod des Patienten nicht mehr aufhalten.

Dr. E. Fuller hält einen Vortrag über die **Diagnose und Behandlung der Leistendrüsenerkrankungen.** Der Vortragende hebt die Wichtigkeit einer rechtzeitigen, korrekten Diagnose hervor und zeigt, unter welchen Umständen Leistendrüsenerkrankungen eintreten und an welchen charakteristischen Merkmalen sie am leichtesten erkannt werden können. Sodann werden die verschiedenen Methoden der Behandlung einer kurzen Besprechung unterzogen. *C. Berliner-Aachen.*

Verhandlungen der Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary-Society.

Ein Fall von pustulo-ulcerativer Syphilis, von Dr. Morton vorgestellt. Der 42jährige Patient hatte die Primärläsion anfangs Mai 1896 acquiriert und war am 9. Juni desselben Jahres in Behandlung genommen worden. Die Kopfhaut, das

Gesicht und der Rumpf waren mit pustulösen, ulcerierenden Syphiliden besetzt, und es fanden sich einige Schleimpapeln und Geschwüre auf der Rachenschleimhaut. Vom Schanker war weiter nichts mehr nachzuweisen. Eine Behandlung hatte bisher, d. h. bis zum 9. Juni, nicht stattgefunden. Vortragender begann mit einer Serie von subcutanen Einspritzungen, zu denen er das Salicylquecksilbersalz wählte. Am 22. wurde eine wesentliche Besserung konstatiert und am 29. waren weitere Fortschritte bemerkbar. Er hatte um diese Zeit fünf Einspritzungen in regelmäfsigen Zwischenräumen erhalten. Anfangs Juli bekam er eine Keratitis ulcerosa, doch war unter fortgesetzten Injektionen der Zustand am 18. August ein wesentlich besserer. Der Fall wird vorgestellt, weil erstens so intensive pustulöse Sekundärsymptome selten sind, und derselbe zweitens ein gutes Beispiel darbietet von der schnellen Besserung, welche selbst bei schwereren Fällen durch Einspritzungen von Quecksilberpräparaten sich erzielen läfst.

Gumma der Zunge, von Dr. MORTON demonstriert. Der 26jährige Patient J. stammte aus den Vereinigten Staaten. Er hatte im Mai 1896 einen Schanker gehabt und wurde im Juni 1897 vom Vortragenden zuerst in Behandlung genommen. Die Syphilis nahm den gewöhnlichen Verlauf. Im Mai 1897 wurde er im King's County Hospital aufgenommen. In der Mitte der Zunge fand sich ein kleiner Tumor, welcher angeblich zuerst im Februar 1897 hervorgetreten war. Die centrale Portion desselben löste sich allmählich auf und ging in Nekrose und Geschwürsbildung über. Zur Zeit der Vorstellung bestand die Therapie in der Darreichung von Jodkalium (1,8) dreimal täglich. Der Fall ist interessant, da die Zunge selten der Sitz von Gummata ist.

Haemorrhagische Varicellen im Verein mit Keuchhusten. Dr. JEWETT berichtete über ein Kind, welches im Verlaufe von Stickhusten Windpocken acquirierte. Alle Läsionen wurden binnen kurzer Zeit hämorrhagisch. Es wirft sich die Frage auf, ob der Husten irgendwie mit der Hämorrhagie der Haut in ätiologischer Beziehung stehe. Dr. SHERWELL meinte, dafs dies sehr wohl der Fall sein könnte, wenn er auch eher annehmen möchte, dafs der angegriffene Gesundheitszustand des Kindes, das durch die bestehende Krankheit erschöpft war, mehr als irgend etwas anderes zur Entstehung der Hämorrhagien beigetragen habe.

Dres. MORTON und WINFIELD gaben Berichte über Fälle von **Keloid nach sekundärer und tertiärer Syphilis.**

Ein Fall von Anschwellung des linken Unterschenkels wurde von Dr. MOSHER gezeigt. J. S., 16 Jahre alt, Angehöriger der Vereinigten Staaten. Im August 1896 machte er eine Operation wegen Syphilitis durch; es fand sich, dafs der Processus vermiformis Eiter enthielt, doch war derselbe noch intakt. Nach der Operation fand eine geringe Temperatursteigerung statt. Der Verlauf war aber während der ersten 18 Tage ein günstiger. Alsdann fing der Patient an, über unerträgliche Schmerzen in der Umgebung des Gelenkes der linken Seite zu klagen; dieselben schienen rheumatischer Art zu sein, obzwar Antirheumatica erfolglos blieben. Die Schmerzen hielten in wechselnder Intensität noch 10 Tage an, worauf sie allmählich sich verzogen. Um diese Zeit fing die linke Wade zu schwellen an. Nach vier Wochen jedoch war Patient im stande, im Saale umher zu gehen, wenn auch unter geringeren Schmerzen. Er wurde darauf aus dem Krankenhaus entlassen und Redner sah ihn erst am 2. Januar 1897 wieder. Bei dieser Gelegenheit erklärte Patient, dafs er sich niemals so gesund gefühlt habe, trotzdem der linke Unterschenkel anderthalb Zoll dicker war als der rechte. Er hat niemals irgend welche Schmerzen, und die Schwellung verursacht ihm durchaus keine Beschwerden. — Dr. SHERWELL dachte, es möchte eine Thrombose am Beine stattgefunden haben.

Dr. Morton hingegen neigte zu der Erklärung, daſs es sich hier um eine Lymphangitis mit Verstopfung der Lymphbahnen gehandelt habe.

Ein Fall von recidivierender Pityriasis rosea. Diese Patientin war von Dr. Morton vor drei Jahren bereits in der Brooklyn Dermatological Society vorgestellt worden. Sie litt damals an derselben Krankheit, war durch eine tonisierende Behandlung geheilt worden und hatte, bis sie vor einem Monate den Vortragenden wieder konsultierte, keinerlei Symptome mehr dargeboten. Der Ausschlag war auf die Brust und Oberschenkel beschränkt. — Dr. Sherwell bezeichnete die Lokalisation als typisch und drückte sein lebhaftes Interesse an dem Verlaufe der Affektion aus.

Zwei Fälle ohne Diagnose, von Dr. Winfield vorgestellt. Die Kranken waren Mutter und Tochter. Vier Wochen bevor Redner zu Rate gezogen wurde, hatte das jüngste Kind dieser Familie, ein kleiner Knabe, einen Ausschlag acquiriert, der hauptsächlich am Hals und Gesicht lokalisiert war. Nach der Beschreibung der Mutter hatte derselbe Ähnlichkeit mit Urticaria. Einige Tage später wurden zwei andere Mitglieder der Familie in gleicher Weise von dieser selbigen Krankheit befallen. Nach weiteren acht Tagen fingen die Mutter und Tochter, die jetzt vorgestellten Patienten, an, über dieselben Erscheinungen zu klagen. — Subjektive Erscheinungen bestehen, wie es scheint, nicht, mit Ausnahme von Juckreiz. Im Beginne der Attacke fand eine geringe Temperatursteigerung statt. Die Zunge ist rein, die Stuhlentleerung regelmäſsig. Der Ausschlag war hauptsächlich auf das Gesicht, den Hals, die Arme und Oberschenkel verteilt und besteht aus Papeln und Bläschen mit einigen ausgesprochenen Nesselquaddeln an einzelnen Stellen. Bei der einen Patientin (der Tochter) findet sich eine beträchliche Anschwellung der einen Gesichtshälfte, und das linke Ohr ist bei ihr der Sitz eines ekzemartigen Ausschlags. Die Anamnese ergiebt keine Anhaltspunkte für eine Einwirkung von giftigen Substanzen wie Rhus toxicodendron, Arsenik oder mit arsenikhaltigem Papier oder anderen Fabrikaten.

Bei der Diskussion sagte Dr. Sherwell, er sei entschieden der Meinung, daſs hier Fälle einer durch irgend ein auſsergewöhnlich reizendes Gift bedingten Dermatitis vorlägen, und die anderen Mitglieder traten dieser Ansicht bei. — Dr. Winfield sagte, daſs er sie ebenfalls für Dermatitis venenata gehalten habe, doch habe er nie etwas Ähnliches früher gesehen, und alle seine Bemühungen zum Nachweise des betreffenden Giftstoffes seien erfolglos gewesen. Er bedauerte sehr, daſs er nicht im stande war, gute Photogramme der Fälle zu erhalten, denn dieselben würden zweifelsohne einen wertvollen Beitrag zum Studium der durch externe Reizmittel bedingten Hautausschläge dargestellt haben.

Ein Fall von sekundärer Syphilis und Incontinentia urinae, vorgestellt von Dr. Winfield. Bei dem jetzt 30jährigen Patienten war sechs Jahre zuvor die Cirkumcsion ausgeführt worden, bei welcher Gelegenheit der behandelnde Arzt, seinem angeborenen Forschungstriebe nachgebend, eine Sonde in die Urethra einführte. Das Instrument gelangte aber nicht in die Blase, sondern bohrte sich einen falschen Weg, und seit jener Zeit hat der Kranke an ständiger Inkontinenz der Blase gelitten, so daſs er genötigt ist, immer einen Urinbehälter aus Gummi zu tragen. — Gegenwärtig ist die ganze Haut mit einem Ausschlag besetzt, der an manchen Stellen einer gewöhnlichen Psoriasis ähnlich ist. Von der Primäraffektion sind keine Spuren nachzuweisen; es findet sich nur eine geringe Drüsenschwellung, aber an den Handtellern und Fuſssohlen sind die Läsionen ganz typisch syphilitisch. Die Mutter des Patienten hat viele Jahre lang an Psoriasis gelitten. Anfangs hatte Redner den Ausschlag als Psoriasis simplex diagnostiziert, aber bei weiterer Beobachtung gelangte er doch nach

dem Aussehen der Hände und wegen der durch antisyphilitische Mittel erzielten Besserung zu der Überzeugung, dafs sekundäre Syphilis hier vorliege.

Dr. Morton erwähnte einen ähnlichen Fall, bei welchem durch fast die gleiche Mifshandlung dieselben Urinbeschwerden entstanden waren. Das einzige Mittel, um das Leiden zu beseitigen, sei die Urethrotomia externa, wodurch die Blase drainiert und dem Penis die Möglichkeit auszuheilen gewährt werde. Was den Ausschlag betrifft, so glaube er nicht, dafs der geringste Zweifel darüber bestehen könne, dafs hier Syphilis vorliege. — Dr. Sherwell bezeichnet den Fall als ein weiteres Beispiel von der Symbiose der Krankheiten.

Ein Fall von Gichtekzem, vorgestellt von Dr. Morton. Dieser Patient kam wegen eines Ausschlages an den unteren Extremitäten in die Behandlung des Vortragenden. Einige der Erscheinungen waren so eigentümlicher Art, dafs es anfangs schwer war, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Schliefslich gelangte M. zu der Ansicht, dafs hier ein durch Gicht modifiziertes Ekzem vorliege. Die Behandlung hatte in der Darreichung von Antirheumatica bei beschränkter Diät bestanden neben Aufpinselungen von Unnaschem Zinkleim.

Ferner berichtete Dr. Morton über einen Patienten mit **Lichen planus,** dem er längere Zeit hindurch Arsenik gegeben hatte. Es war eine Keratose an der Oberhaut der Handteller und Fufssohlen hervorgetreten.

J. M. Winfield M. D. Vorsitzender.

Charles Dwigt Napier M. D. Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 2.

Die Behandlung der Sklerodermie en plaques et en bandes mittelst der Elektrolyse, von L. Brocq. Der bekannte Pariser Dermatologe hat schon seit mehreren Jahren Versuche gemacht, der für unheilbar geltenden Sklerodermie mit der Elektrolyse beizukommen und selbst der Zweifelsüchtigste mufs eingestehen, dafs nach den vom Verfasser mitgeteilten Erfahrungen die Behandlung gute Erfolge verspricht. Die nun von ihm vorgelegten Krankengeschichten bedeuten fast ebenso viele Besserungen oder Heilungen und die Wirkung des elektrolytischen Verfahrens war eine dauernde, so dafs Rückfälle oder nachträgliche Verschlimmerungen fast nie zu beklagen waren. Da die Behandlung für den Kranken nicht schmerzhaft ist, auch keinerlei Gefahren für ihn bedingt, so dürfte sie sich wohl bald einbürgern. Die Technik ist ähnlich wie bei der Entfernung von Haaren und der Zerstörung von Keloiden; aufserdem unterläfst Brocq es nicht, ins Einzelne gehende Anweisungen zu geben und die Mafsnahmen und Vorsichtsmafsregeln zu empfehlen, die sich ihm bei seiner reichen Erfahrung am besten bewährt haben. Der Praktiker wird ihm dafür besonders Dank wissen. *Türkheim-Hamburg.*

The British Journal of Dermatology.

März 1898.

I. **Dermatitis herpetiformis**, von W. Allan Jamieson. Unter den von verschiedenen Autoren gegebenen Definitionen der Krankheit scheint dem Verfasser die Unnasche die beste zu sein. Die Dermatitis herpetiformis ist eine chronische Neurose der Haut, verbunden mit einigen noch unerklärten, das Allgemeinbefinden nicht merklich beeinflussenden Veränderungen des Blutes. Sie verursacht einen mehr oder weniger universellen, mit Jucken und Brennen verknüpften, und regelmäfsig nach unbestimmten Intervallen recidivierenden Ausschlag von erythemato-bullösem Typus, der jedoch beträchtliche Modifikationen erfahren kann. Unter den Namen Dermatitis herpetiformis fallen alle von Duhring beschriebenen Typen der Krankheit: 1. der erythematöse mit urticariaartigen Komplikationen; 2. der vesikulöse, der häufigste und am meisten charakteristische; 3. der bullöse, von dem vorhergehenden sich nur durch die Gröfse der Efflorescenzen unterscheidend; 4. der pustulöse Typus ist nicht lediglich ein weiteres Stadium der beiden letzten, sondern eine Varietät, die von Anfang an für sich allein bestehen kann; 5. der papulöse ist eine milde Form und häufig nur eine Phase der anderen Formen. Aufser diesen giebt es einen multiformen Typus, bei welchem Efflorescenzen der anderen gleichzeitig bestehen können. Der Herpes gestationis ist nichts anderes als ein Beispiel der Krankheit in ihrer vesikulösen und bullösen Form, wobei die erregende Ursache allein eine besondere ist. Die Hydroa vacciniforme stellt nur eine andere Phase der Krankheit dar, in welcher sich der Einfluſs besonderer direkter oder reflektierter Strahlen des Sonnenlichtes bemerkbar macht. Hierher würde auch Hutchinsons Sommereruption gehören. — Bei der grofsen Mannigfaltigkeit des Ausschlages trifft man doch einzelne Formen fast konstant in allen Fällen an, so das Auftreten eines Erythems sei es als Flecken, Hof. Nur sehr selten fehlen Quaddeln und Vesikeln. — Der Verfasser beschäftigt sich sodann mit der Beschaffenheit des Blutes, das von verschiedenen Autoren wie Ehrlich, Neusser, Leredde und Perrin, Morris und Whitfield, Gulland u. a. bei mit Blasen und Bläschen einhergehenden Hautaffektionen untersucht worden ist. Neusser fand beim Pemphigus und Ekzem sowohl im Blute als auch im Serum der Blasen und Bläschen eine deutliche Vermehrung der eosinophilen Zellen, während eine solche bei Blasen, die von Verbrennungen herrührten, nicht entdeckt werden konnte. Leredde und Perrin sahen sogar die gleichzeitige Anwesenheit der eosinophilen Zellen im Blute und Serum der Blasen bei Dermatitis herpetiformis als ein differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber dem Pemphigus an, bei welchem sie das Auftreten solcher nicht wahrgenommen hatten. In dem von Morris und Whitfield publizierten Falle (*Brit. Journ. of Dermatol.*, Juni 1897) stieg die Eosinophilie von 4,9 % im Blute bei Beginn einer akuten Attacke auf 12 % alle anwesenden Leukocyten zur Zeit, wo der Ausschlag seinen Höhepunkt erreicht hatte. Einen ähnlichen Befund machte auch Gulland. Danach kann man die Dermatitis herpetiformis unter diejenigen Krankheiten klassifizieren, bei welchen ein beträchtliches Anwachsen der eosinophilen Zellen im Blute stattfindet. Die Frage nach der Herkunft dieser Zellen ist bis jetzt noch in suspenso geblieben. Während Neusser der Haut selbst einen wesentlichen Anteil an der Produktion der eosinophilen Zellen zuschreibt, glaubt Unna, dafs ihre Anwesenheit nur zeige, dafs dasselbe Irritans, welches die Exsudation der Blasen hervorruft, in einer spezifischen, leukotaktischen Weise auf die eosinophilen Zellen wirke. — Der Verfasser bespricht im folgenden die Beschaffenheit des Urins bei der Dermatitis herpetiformis und den verwandten Affektionen, die Pathologie und Therapie der Krankheit. Bezüglich der Pathologie schliefst sich Verfasser voll und ganz der Ansicht St. Mackenzies an, der die Affektion für eine mit senso-

rischen und trophischen Störungen einhergehende Neurose von paroxysmalem Charakter hält. Die erregende Ursache ist häufig eine solche, welche auch auf das Nervensystem eine besondere Wirkung auszuüben pflegt, wie Kälte, Hitze, Licht, Gravidität, Schreck. Danach wird auch nicht selten mit Beseitigung dieser Ursache die Krankheit sich bessern oder völlig zum Stillstand kommen. (Fortsetzung folgt.)

II. **Ein Fall von akuter, fieberhafter, pustulöser Dermatitis,** von Leslie Phillips-Birmingham. Die 27jährige, verheiratete Patientin erkrankte am 9. Juli 1897 unter Störungen des Allgemeinbefindens an einem Ausschlage, der zuerst an den Knöcheln und Handgelenken auftrat, später die Dorsalfläche der Arme, Vorderarme, Hände und die Rückseite des Stammes befiel, während die vordere Fläche desselben frei blieb. Der Ausschlag bestand hauptsächlich aus entzündeten, unregelmäfsig gestalteten oder runden Plaques, auf welchen zahlreiche primäre, bis erbsengrofse Pusteln safsen. Hier und da sieht man Gruppen von grofsen, einzeln stehenden Pusteln, sitzend auf einer roten, gespannten, geschwollenen und schmerzhaften Hautfläche. Involution trat ein, indem im Centrum der Plaques die Pusteln eintrockneten oder resorbiert wurden. Das abgeheilte Centrum hatte eine gelbliche Färbung, während in der Peripherie vollkommene Pusteln noch fortbestanden. Schliefslich verschwanden auch diese, ohne Hinterlassung von Exkoriationen oder Narben. Am 20. Tage nach Ausbruch des Ausschlages war derselbe wieder ganz verschwunden. Während dieser drei Wochen hatte sich die Patientin stark unwohl gefühlt und gefiebert. Die Temperatur war in den ersten Tagen der Eruption hoch, fiel dann gradatim zur Norm ab und zwar korrespondierend mit dem allmählichen Verschwinden der lokalen Efflorescenzen, also nicht wie bei der Impetigo herpetiformis, bei der nach der Beschreibung von Hebra-Kaposi das Fieber mit dem Erscheinen der Efflorescenzen nachläfst. — Der Verfasser bespricht an der Hand der Litteratur die Differentialdiagnose und Pathologie des Falles.

C. Berliner-Aachen.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897. Heft V.

Über die Dermatosen bei den Autointoxikationen und den experimentellen bakteriellen Intoxikationen, von Frisco. Die diesbezüglichen experimentellen Untersuchungen haben Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen geführt: Die löslichen oder unlöslichen bakteriellen Toxine können, wenn sie in den Organismen auf peritonealem oder subcutanem Wege eingeführt worden sind, besondere Hautveränderungen verursachen, denen eine mehr oder weniger langdauernde Ernährungsstörung des animalen Organismus vorangeht. Der Intensitätsgrad und die Art dieser Veränderungen variiert je nach der Menge und Qualität der verwendeten bakteriellen Toxine und für ein und dasselbe Toxin ist die Dauer der Intoxikation um so länger, je bedeutender und ausgebreiteter die gesagten Veränderungen sind. Die genannten Störungen werden nicht allein von den bakteriellen Toxinen verursacht, welche zufälligerweise den Organismus infizieren, sondern auch von einzelnen putriden Gährungsprodukten des Darmkanals, die sich entweder aus eingeführten verdorbenen Speisen oder infolge von Fäulnisprozessen in den genossenen Nahrungsmitteln bilden; auch sind die toxischen Disassimilationsprozesse in Betracht zu ziehen, die sich innerhalb der Gewebe infolge der allgemeinen Ernährungsstörung gebildet haben. Diese Veränderungen in der Haut können mit einzelnen anderen verglichen werden, die man klinisch beim Menschen konstatiert und als Alopecie, circumscripte oder diffuse Xerodermie, Ekzem, Psoriasis bezeichnet hat. Nicht bei allen Versuchstieren, welche derselben Behand-

lungsweise unterworfen werden, treten diese Veränderungen auf, indem einzelne infolge von Immunisation gesund bleiben, andere entweder sofort sterben oder aber nach einzelnen Wochen oder Monaten die genannten Erscheinungen aufweisen.

Beitrag zur Kasuistik der Bromakne, von R. Panichi. Verfasser teilt zwei Krankengeschichten von Bromeruptionen mit und durchgeht die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser Exantheme. Sie lassen sich in zwei Gruppen zusammenfassen; nach der einen entstehen die Bromausschläge aus rein nervöser Ursache, nach der anderen infolge einer Reizung der Gewebe durch das mit ihnen in Berührung gelangende Bromsalz. Verfasser führt die Entstehung der Bromeruptionen mit ihren verschiedenen Typen auf eine Wirkung des Salzes auf die Vasomotoren zurück, welche Wirkung bei den verschiedenen Individuen eine verschiedene sein wird. Meist findet eine Elimination des Broms durch die Nieren statt und es kommt zu keiner Eruption. Zuweilen aber, sei es dafs die Dosis zu hoch war und die individuelle Eliminationsfähigkeit zu schwach oder aus anderen uns noch unbekannten Gründen, kommt es zu einer Anhäufung des Broms im Organismus, der sich desselben auf dem Hautwege zu entledigen sucht; es entsteht eine Reizung der Gefäfsendigungen, der Knäuel- und Talgdrüsen.

Über die fixen Antipyrinexantheme, von Mibelli. (Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Die Giftigkeit des Urins und des Blutes bei Leprösen, von Calderone. Aus den zahlreichen Versuchen des Verfassers an Tieren geht hervor, dafs im Blute von Leprakranken spezifische Gifte von geringer Quantität cirkulieren. Diese Gifte erscheinen nicht im Urin, der somit weniger toxisch ist als der normale. Die heterogenen Sera verursachen in den tierischen Geweben und Organen um so bedeutendere und stürmischere Veränderungen, je höher die verwendeten Dosen und je frischer das Serum war.

Die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung bei den Tumoren, von Secchi. (Ausführlich erschienen in dieser Zeitschrift, Bd. XXV, No. 3.)

C. Müller-Genf.

Besprechungen.

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna. Heft 2. Tafel 7—11. (Hamburg, 1898. Leopold Voss.) Um ein beschleunigtes Erscheinen der histologischen Illustrationen zu ermöglichen, hat der Verleger sich in dankenswerter Weise entschlossen, die fertigen Ekzembilder als Ergänzungsheft zu den Monatsheften herauszugeben. Wir finden in dem vorliegenden Heft folgende Bilder: Chronisches Ekzem; Abheilung des Ekzembläschens; seborrhoisches Ekzem des Kopfes; seborrhoisches Ekzem des Körpers; Sternalekzem; akutes Ekzembläschen. Die dazu gegebenen Erläuterungen mit dem sehr praktischen Hinweis auf die das betreffende Gebiet behandelnden Abschnitte der Histopathologie belehren uns in ausreichender Weise darüber, was die einzelnen Bilder — es sind auf den fünf Tafeln deren 21 vorhanden — beweisen sollen. Über die Bilder etwas zu sagen, ist übrig; wo vollendete Beherrschung der Tinktionstechnik sich paart mit dem gewandten Pinsel eines verständnisvollen Malers, da kann wohl nur das beste herauskommen. Erst jetzt bekommt man eine Vorstellung von dem Inhalte der Unnaschen Histopathologie, erst jetzt kann

man in eine eingehende Prüfung und Kritik desselben eintreten. (Die Tafel X trägt die Bezeichnung „seborrhoisches Ekzem des Kopfes“ fälschlich an Stelle von „seborrhoisches Ekzem des Körpers“.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Erysipel-, Erysipeltoxin- und Serumtherapie der bösartigen Geschwülste, von Rudolf Eschweiler in Bonn. (*Med. Bibliothek f. prakt. Ärzte.* No. 119—120.) In dem vorliegenden 138 Seiten starken Buche trägt der Verfasser mit grofsem Fleifse und unter Benutzung der genau angegebenen Litteraturquellen alles zusammen, was über dieses Thema irgendwie von Interesse für den praktischen Arzt ist und was teilweise eine für den leicht zu erregenden Enthusiasmus der Ärztewelt nicht sehr rühmliche Reminiscenz bildet. Beginnend mit der Feststellung, dafs es eine seit Jahrhunderten bekannte Thatsache sei, dafs durch ein interkurrentes Erysipel Krankheitszustände mannigfacher Art zur Heilung gelangen können, bringt das erste Kapitel einen historischen Überblick über die Entwickelung der Erysipelserumtherapie, welche ihren eigentlichen Anfang im Jahre 1866 mit der Beobachtung von Busch über die Heilung eines multiplen Hautsarkoms durch ein interkurrentes Erysipel genommen hat. Es folgt sodann eine Beschreibung der weiters publizierten Fälle, wo eine Einwirkung des spontanen oder artifiziellen Erysipels auf maligne Tumoren zu konstatieren war; die Zahl dieser Fälle, welche in einer beigebenen Tabelle übersichtlich geordnet und kurz beschrieben sind, beträgt 59. Das zweite Kapitel betrifft die Behandlung maligner Tumoren mit Injektionen von Erysipeltoxinen, welche zuerst Lassar (1891) anwandte, welche gleichzeitig aber auch von dem Amerikaner Coley an einem sehr grofsen Material und mit ganz besonderem Eifer betrieben wurden. Coley stellte sich fünf verschiedene Präparate her, welche zum Teil aus Reinkultur des Streptococcus erysipelatis allein, zum Teil aus einer Mischung desselben mit dem Bacillus prodigiosus herstammten; am häufigsten wandte er das sogenannte Mischkultursterilisat an, aus einer sterilisierten, aber nicht filtrierten Mischkultur der beiden Mikroorganismen bereitet. C. behandelte im ganzen 160 Fälle von Sarkom und Carcinom, welche nach seiner Statistik ein ziemlich günstiges Resultat (16 Heilungen) gaben; dieselben schmelzen aber nach der genaueren Sichtung von Eschweiler auf vier wirklich geheilte Fälle von Sarkom zusammen, ein Erfolg, welcher in Anbetracht der auf viele Monate sich erstreckenden Behandlungsdauer als wenig ermutigend bezeichnet werden mufs. Der Holländer Spoek, ebenso wie die deutschen Forscher Friedrich (aus der Leipziger Klinik), F. Koch und Petersen (aus Czernys Klinik) hatten bei allerdings kleinerem Material keinen einzigen Dauererfolg mit den nach Coley vorgenommenen Injektionen, Friedrich sind jedoch genaue histologische Untersuchungen über die Gewebsveränderungen der Geschwülste bei den Toxininjektionen zu verdanken. Den Inhalt des dritten Kapitels bilden die Versuche mit Erysipelserum, von welchen Emmerich und seine Mitarbeiter grofse Erfolge verkündeten, welche aber ebensowenig wie die vorhergehenden ein wirkliches Heilserum für die malignen Geschwülste zu Tage förderten. Coley nahm das Emmerichsche Serum mit Enthusiasmus auf, wandte es aber nur in wenigen Fällen an und hatte gleich Petersen nicht den geringsten Erfolg; die Gesamtzahl der tabellarisch geordneten Fälle, welche mit diesem Serum behandelt worden sind, beträgt 59 und weist nur einen einzigen als geheilt anzusehenden Fall von Sarkom auf und auch bezüglich dieses bleiben die Fragen nach Beobachtungsdauer, sicherer Diagnose u. s. w. noch offen. Das Schlufsresumé, welches Eschweiler nach kritischer Betrachtung der verschiedentlich aufgestellten Theorien über Art der Einwirkung der Erysipeltoxine auf Sarkom und Carcinom fällt, lautet dahin, dafs die Anwendung des Emmerich-Scholl'schen Serums bei diesen sogar ein Kunstfehler ist, dafs die Coley'schen Injektionen in zu seltenen Fällen einen günstigen Einflufs gezeigt haben, um ihre weitere

Anwendung zu empfehlen, dafs aber die künstliche Erzeugung eines Erysipels zur Beseitigung von inoperablen Sarkomen — denn in den Fällen von Heilung handle es sich blofs um diese — berechtigt erscheint. Anhangsweise wird noch der Versuche von Héricourt, Richet, Gibier Erwähnung gethan, mit wirklichem Krebs- oder Sarkomsaft die entsprechenden malignen Tumoren zu heilen, dieselben sind aber als völlig mifslungen anzusehen; als vergebliche Arbeit möchte sie E. deshalb nicht bezeichnen, weil sie den Anstofs dazu gegeben, dem vom Tumor erzeugten Giftstoff erneute Aufmerksamkeit zu schenken und „auf Grund solcher Untersuchungen doch einmal ein Heilmittel gegen die bösartigen Tumoren" gefunden werden könnte.

Stern-München.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane, von Thorkild Rovsing. (Autorisierte Übersetzung aus dem Dänischen. Berlin, 1898. Oscar Coblentz.) Der als Bearbeiter der Pathologie der Cystitis bekannte Verfasser legt in dem vorliegenden umfangreichen (330 Seiten!) Buche die Ergebnisse seiner klinischen und experimentellen Studien dar. Vor allem kommt es ihm darauf an zu beweisen, dafs die Bedeutung des Bacterium coli trotz seines häufigen Vorkommens in den Harnwegen für die Infektion dieser weit überschätzt wird, dasselbe durchaus nicht zu den gewöhnlichen Cystitiserregern zu rechnen ist, wie es andere Autoren behaupten. Er bringt seine klinisch beobachteten Fälle unter folgende Rubriken: 1. Bakteriurie; 2. Pyelitis ohne Cystitis; 3. Pyelitis kompliziert mit Cystitis; 4. Cystitis.

Bakteriurie (32 Fälle). Folgendes sind die Schlüsse des Verfassers: Es giebt eine reine Bakteriurie; die Bakterien können von aufsen oder vom Blute aus in den Harn gelangen; meistens trifft man aber Eiterzellen in geringer Menge an. Die Bakteriurie ist gewöhnlich veranlafst durch Colonbacillen. Selten ist die Bakteriurie nur vesikal, da die Bakterieninvasion gewöhnlich in die obersten Harnwege erfolgt. Auch wo sie per urethram eindringen, wandern die Bakterien schnell in das Nierenbecken herauf. Die lokale Behandlung der Blase ist deshalb gewöhnlich wirkungslos. Es müssen alle Harnwege von reichlichen Mengen bakterienfeindlicher Flüssigkeit durchspült werden. Man erreicht dieses durch Salol und reichliche Zufuhr von Wasser. Das Bacterium coli kann selbst jahrelang in wimmelnden Massen im Harn vorhanden sein, ohne dafs, selbst bei partieller oder totaler Urinretention, Stein, Geschwülsten, die Harnorgane leiden.

Pyelitis (21 Fälle). Hier spielt das Bacterium coli eine bedeutende Rolle als Infektions- und Eiterungserreger. Aber trotzdem dasselbe jahrelang mit Eiter und Stoffwechselprodukten die Blase passiert, alteriert es die Schleimhaut derselben nicht, ebenso wie es das Nierenparenchym intakt läfst. Das Bacterium coli ruft überhaupt keine tiefgreifenden Entzündungen oder Destruktionen hervor; deshalb ist die Prognose dieser Pyelitiden nicht ungünstig. Salol und Trinken von 1½—2 Liter Wasser täglich sind die wichtigsten therapeutischen Mittel.

Pyelitis mit Cystitis (14 Fälle, darunter 11 mit alkalischem, ammoniakalischen Urin, drei mit saurem Urin). Die Fälle der ersten Gruppe wurden hervorgerufen durch harnstoffzersetzende Mikrobien, die Cystitiserreger par excellence; Staphylococcus albus pyogenes, Staphylococcus aureus, Proteus Hauser, gelbe Sarcine, einen langen, dünnen Bacillus liquefaciens, Streptococcus ureae. Einmal fand sich daneben das Bacterium coli, das wohl erst sekundär hinzugetreten ist. In neun der Fälle war Nephrolithiasis die Ursache. Bei den drei Fällen mit saurem Urin handelt es sich um Ulcerationsprozesse, einmal durch Typhusbacillen, zweimal durch Tuberkelbacillen hervorgerufen.

Cystitis. Verfasser teilt die Cystitisfälle ein in I. Cystitis catarrhalis ammonia-

calis; II. Cystitis suppurativa a) ammoniacalis, b) acida. Die Cystitis catarrhalis ammoniacalis (6 Fälle) tritt auf, wenn harnstoffzersetzende, nicht pyogene Bakterien in die Blase gelangen, durch Reizung des zersetzten Harnes. Der trübe Urin mit eiterähnlichem Bodensatz hellt sich durch Salpetersäurezusatz vollkommen auf; der Urin enthält nur Tripelphosphate, Bakterien und Epithelzellen. Alle subjektiven und objektiven Symptome schwinden durch internen Gebrauch von Borsäure, eventuell durch einmalige Injektion von 1—2% Argentum nitricum-Lösung. Die Selbstständigkeit dieses Krankheitsbildes hält Verfasser gegenüber Barlow und anderen aufrecht. — Die Cystitis suppurativa ammoniacalis (49 Fälle) wies stets harnstoffzersetzende Bakterien auf, daneben aber in einer Reihe von Fällen das Bacterium coli. Dieses ist aber nach Verfasser auch hier an der Entstehung der Cystitis nicht beteiligt, sondern nur die gefundenen harnstoffzersetzenden Bakterien. Ein ammoniakalischer Urin vermag die Cystitis zu erhalten und zu verschlimmern. Therapeutisch und prophylaktisch leisten Injektionen von 50 ccm einer 1—2% Lapislösung aufserordentliches. — Cystitis suppurativa acida (13 Fälle) wurde verursacht durch Tuberkelbacillen, Typhusbacillen, Gonokokken, Bacterium coli, Streptococcus pyogenes, Diplococcus aureus. Instrumenteneinführung war nur dreimal die Veranlassung.

Die experimentellen Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich auf die Fragen, ob das Bacterium coli Harnstoff zersetzen kann, ob ein Antagonismus zwischen diesem Mikrobion und den pyogenen besteht; Reagensglas- und Tierversuche sind gemacht. Eine Beleuchtung gegnerischer, besonders von der Guyonschen Schule vertretener Ansichten wird angeschlossen. Zum Schluſs faſst Verfasser den Inhalt seines durch ausführliche Krankengeschichten und gute klinischen Erörterungen ausgezeichneten Buches in folgenden Sätzen zusammen: 1. Es giebt eine katarrhalische, nicht suppurative Affektion der Schleimhäute der Harnwege, die von einem ammoniakalischen, durch nicht pyogene, harnstoffzersetzende Mikrobien hervorgerufenen Zustand des Harns herrührt. 2. Jedes pyogene Mikrobion kann eine suppurative Cystitis hervorrufen, wenn sie entweder in eine Verletzung der Schleimhaut eingeimpft oder metastatisch in dieselbe abgelagert wird, aber die groſse Mehrzahl der Cystitisfälle wird durch harnstoffzersetzende, pyogene Mikrobien verursacht. Diese vermögen den Harn in eine alkalische ätzende Flüssigkeit zu verwandeln und dadurch die Schleimhaut anzugreifen, was das Bacterium coli nicht vermag. Die durch harnstoffzersetzende Mikrobien erzeugte Pyelonephritis hat oft eine Cystitis im Gefolge, nicht aber die Colibakteriurie und die Colipyelitis. 3. Das Bacterium coli wird am häufigsten in den Harnwegen gefunden, gelangt auf dem Blutwege dahin. Meistens handelt es sich um eine gutartige, unschädliche Bakteriurie, oft, besonders bei vorhandenen Konkrementen um eine leichte, benigne, suppurative Pyelitis, sehr selten um Cystitis und Nephritis, und zwar wenn es auf dem Blutwege in die Blasenschleimhaut oder in das Nierengewebe gelangt. Vom Harn aus greift das Bacterium coli, selbst bei vorhandenen Verletzungen oder bei bestehender Retention, Blase und Niere nicht an.

Mögen die Schlüsse der vorliegenden Arbeit vielleicht hin und wieder anfechtbar sein, das Buch hat wegen des groſsen verarbeiteten Materials, wegen seiner Gründlichkeit und der in demselben sich aussprechenden Selbstständigkeit einen groſsen Wert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Argonin-Lösungen lassen sich nach F. Miehle (*Apoth.-Ztg.* 1897, S. 777) bequemer, als seitens der Fabrikanten angegeben ist, folgendermafsen darstellen: Man wägt 10 T. kaltes Wasser in eine Flasche, giebt 1 T. Argonin hinzu und schüttelt kräftig bis zur gleichmäfsigen Verteilung. Hierauf wird soviel kochend heifses Wasser, als zum Gesamtgewicht noch fehlt, zugesetzt und bis zur Lösung öfters umgeschüttelt; nötigenfalls gieſst man die Lösung durch Mull. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 50.)

Über das Desinfektionsvermögen des Chinosols, von S. Giovannini. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 32.) Um festzustellen, ob das Desinfektionsvermögen des Chinosols dem Schankergift gegenüber demjenigen des Sublimats und der Karbolsäure gleichkäme, unternahm Verfasser eine Reihe von Versuchen. Er legte flache Wunden an, infizierte sie mit Schankereiter und suchte sie dann durch Spülungen mit Chinosol zu desinfizieren. Aber selbst in einer Koncentration von 5 : 100 war das Resultat ein ungünstiges; es entstanden doch Geschwüre in 3—5 Tagen, der normalen Zeit. Nur bei den starken Lösungen trat eine Verzögerung um einige Tage auf. Im Grunde der Geschwüre wurde der Ducreysche Bacillus gefunden. Während Spülungen mit Sublimat 1 : 4000 während fünf Minuten noch eine Stunde, mit Sublimat 1 : 1000 während einer Minute noch nach acht Stunden nach der Einimpfung die Geschwürsbildung verhinderte, vermochte das Chinosol es nicht. Ebenso erwies sich die 5%ige Karbolsäure als überlegen. Es ist also das Chinosol zur Desinfektion beim Schankergift nicht zu verwenden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Copaivavergiftung, von W. H. Thompson. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1897.) Ein 27jähriger junger Mann erhielt von einem Apotheker gegen Blennorrhoe Ol. copaivae. Er hatte das Mittel etwa drei Wochen genommen, als er einen Ausschlag bekam, der beim ersten Anblick an Masern erinnerte. Gesicht, Hals, Brust, Bauch, obere und untere Extremitäten waren von hellroten, schwach erhabenen Flecken bedeckt. Aufserdem bemerkte man zahlreiche Kratzeffekte, die auf intensives Jucken des Ausschlages schliefsen liefsen. Die Temperatur des Patienten war erhöht, der Puls beschleunigt. Der Urin enthielt weder Eiweifs noch Zucker. Das Mittel wurde ausgesetzt und der Patient genas in wenigen Tagen. *C. Berliner-Aachen.*

Über Eisensomatose, von A. Eichengrün. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. Nr. 37.) Nachdem durch die Arbeiten Quinckes, Kunkels, Wolterings, Gaules, Cloettas u. a. nachgewiesen ist, dafs die Resorption des Eisens unabhängig von der Darreichungsweise im Duodenum eintrete und zwar lediglich in Form eines Albuminates, kann es nur zweckmäfsig erscheinen, solche organische Eisenverbindungen dem Organismus zuzuführen, welche denen des Blutes und der Organe nahestehen und ersterem die Arbeit der Umwandlung in letztere erleichtern; dabei nicht wie die anorganischen Eisenverbindungen eine Ätzwirkung auf die Schleimhäute ausüben und Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit und Druck im Epigastrium hervorrufen. Aus solchen Erwägungen entstand die Eisensomatose, eine feste Verbindung des Eisens mit einem leicht assimilierbarem Eiweifskörper. Das neue Mittel wurde bei einer grofsen Anzahl von blutarmen Personen versucht und ausnahmslos gut vertragen. Es zeigte eine

leicht eröffnende Wirkung, Steigerung des Appetits, rasches Steigen des Hämoglobingehaltes, Zunahme des Körpergewichtes. Die Resultate sprechen dafür, dafs in der Eisensomatose das Eisen in einer leicht resorbierbaren und der Neubildung des Blutfarbstoffes äufserst günstigen Form enthalten ist. Tägliche Darreichung von 5 g in der ersten, 10 g in der zweiten, 15 g in den folgenden Wochen.

A. Strauſs-Barmen.

Über Eisensomatose, von E. Roos. (*Therap. Monatsh.* 1897. No. 9.) In der medizinischen Poliklinik in Freiburg i. B. wurden mit dem Mittel eine Anzahl schwächlicher und chlorotischer Mädchen behandelt. In kurzer Zeit nahmen Körpergewicht und Hämoglobingehalt des Blutes zu, Appetit, Allgemeinbefinden, Kräftezustand hoben sich erheblich. Tagesdosen 5—10 g in 2—3 Teilen in beliebigen Flüssigkeiten. Nach den gewonnenen Erfahrungen vereinigt die Eisensomatose die vielfach anerkannte kräftigende Wirkung der Somatose und die eines guten Eisenpräparates in zweckmäfsiger Weise. Diese Erfahrung dürfte auch bei infolge von Hautkrankheiten und Syphilis entstandenen Schwächezuständen auszunutzen sein.

A. Strauſs-Barmen.

Weiteres über Geosot, von Rieck. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1897. No. 103.) Geosot, ein valeriansaures Guajakolpräparat, wird Kindern in Dosen von täglich 3—5 mal 2—5—10 Tropfen in Haferschleim oder Gummilösung gegeben oder es wird ihnen verschrieben:

Geosot Dr. Vendt
Alkohol abs. ää 10,0
Ol. Menth. pip. gtt. X—XV.
D. S. 3—5 mal täglich 5—10—15 Tropfen (für einen achtjährigen Knaben).

Gröfsere Kinder und Erwachsene bekommen Kapseln à 0,1—0,2—0,4 und zwar 3—9 pro die. Der Stuhl soll keinen Guajakolgeruch haben. — Das Heilmittel ist ungiftig und reizlos bei innerer wie bei hypodermatischer Anwendung. Es wirkt tonisierend bei Anämie, Chlorose, beeinfluſst günstig Erkrankungen der Schleimhäute bei Dyspepsie, Magen-Darmkatarrhen, Bronchitis etc. Vor allem aber preist Verfasser seine Bedeutung als Heilmittel bei Tuberkulose aller Art. Unter anderem hat er auch zwei Lupusfälle mittelst Geosotaufpinselung und Guttaperchapapier geheilt, ebenso eine Hodentuberkulose.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Untersuchungen über Jod und Quecksilber, von Edvard Welander. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 29.) Um zu einer Erkenntnis darüber zu kommen, ob es rationell ist, Hydrocelenflüssigkeit Syphilitischer als Heilmittel gegen Syphilis zu versuchen, ob man überhaupt annehmen kann, dafs die Antitoxine in dieselbe übergehen, hat Verfasser mit Jod, Salicylsäure und Quecksilber experimentiert. Er gab Patienten mit Hydrocele Jod, punktierte dann dieselbe, wiederholte die Punktion nach einiger Zeit und sah dann, ob er Jod in der wiederangesammelten Hydrocelenflüssigkeit nachweisen konnte. Das Ergebnis war ein negatives. Ebenso ging es bei der Darreichung von Salicylsäure. Auch bei Untersuchung der Ergüsse in blennorrhoischen Kniegelenken und des Buboneneiters, des Inhaltes von Hautblasen und Pusteln, konnte der Übergang des verabreichten Jods in die Sekrete nicht nachgewiesen werden. Stets war aber Jod im Speichel und Harn reichlich vorhanden. Weitere Erwägungen lehrten den Verfasser einsehen, dafs bei der Ausscheidung im Harn eine Drüsenfunktion mitspielt, wobei relativ viel Jod aus dem Blute entfernt wird. Wo es sich aber um Transsudate handelt, da kann das Jod nur in derselben Koncentration ausgeschieden werden, in der es im Blute vorhanden ist. Es fragte

sich nun, wie stark nach der Einnahme bestimmter Mengen von Jod die Jodreaktion im Blute ist und wie lange sie positiv ausfällt. — Bei Untersuchung des durch Schröpfkopf entnommenen Blutes war nur ca. eine Stunde nach dem Einnehmen von 1 g Jodkalium letzteres andeutungsweise zu finden, was einer Koncentration von 1 : 30000 entspricht. In dieser Koncentration dürfte das Jod auch im Blute nach Darreichung von 1 g Jodkalium etwa vorhanden sein. Bei gröfseren Dosen und schneller Darreichung war der Nachweis im Blute leichter und länger zu führen, aber gröfsere Mengen waren nie vorhanden. Dementsprechend war auch in den Transsudaten Jod nicht nachzuweisen gewesen. Dieses gelang aber doch, als grofse Dosen gegeben wurden und bald darauf die Jodreaktion am Transsudat angestellt wurde. — Aus dem minimalste Jodmengen enthaltenden Blute scheiden nun die Drüsen dasselbe in relativ grofser Quantität ab, aber nicht alle Drüsen in gleichem Mafse. Verfasser hat die Genitaldrüsen in dieser Richtung genauer untersucht. Die Harnröhre scheidet gar kein Jod, die kranke Bartholinische Drüse nur minimale Mengen aus. Die Vaginalschleimhaut ist auch jodfrei, während im Cervicalsekret das Jod sehr leicht und lange nachweisbar ist. Das Sperma zeigte in zwei Fällen Andeutungen von Jodgehalt. Das Rectum enthielt gar kein Jod. — Das Ergebnis der Versuche ist also: Jod geht in nachweisbarer Menge in pathologische Flüssigkeiten nur nach gröfseren Dosen über; der Jodgehalt in denselben ist parallel dem Jodgehalte im Blute. — In den Drüsensekreten ist in der Regel längere Zeit ein viel gröfserer Jodgehalt vorhanden als im Blute. Das Sekret der verschiedenen Drüsen verhält sich verschieden. — Verfasser geht nun auf einen Vergleich der Resorptions- und Eliminationsverhältnisse beim Jod und Quecksilber ein. Die praktischen Folgerungen, die er aus seinen Betrachtungen zieht, sind etwa folgende: Das Jodkalium mufs, wo es auf eine schnelle Wirkung ankommt, gegeben werden, da es schnell resorbiert wird, aber in grofsen Dosen, um eine stärkere Koncentration des Jods in den Säften zu erzielen. Eine nachhaltige Wirkung ist bei der schnellen Eliminierung des Jods aber nicht zu erwarten. Hier mufs Quecksilber eintreten, welches sehr langsam resorbiert, aber auch sehr langsam eliminiert wird. Die Kombination beider Heilmittel ist meistens das richtigste; man giebt Jodkalium in den ersten 15—20 Tagen, so lange, bis man annehmen kann, dafs Quecksilber genug absorbiert ist. Zur Präventivbehandlung eignet sich nur das Quecksilber.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über medikamentöse Quecksilberintoxikationen mit letalem Ausgange, von Sven Holmgren. (*Hygiea.* 1896. No. 12.) Verfasser teilt folgende Fälle mit, die im Sabbatsberger Krankenhause beobachtet wurden: I. 44jähriges Weib. — Lues inveterata cum Periostitide gummosa ossium nasi. — Krankhaftes, bleiches Aussehen, etwas mager. Albuminurie (0,2 %). Nach zwei Injektionen in die Regio glutaea von Aceto-Thymol-Hydrargyr. à 10 cg mit einem Zwischenraum von einer Woche traten, am Tage nach der letzten Injektion, unstillbarer, blutiger Durchfall, zunehmende Debilität und Albuminurie und sparsame Diurese ein. Mors 5 Tage nach der letzten Einspritzung. Sektions-Diagnose: Nephritis chronica interstitialis luetica; Hepatitis luetica; Cyanosis hepatis; Atrophia fusca cordis; Enterocolitis acuta diphtheritica. — II. Bei einem 32jährigen Weibe mit Morbus cordis (nicht Syphilis) entstand nach dreitägigem Gebrauche von 20 cg Kalomel dreimal täglich als Diureticum eine ganz ähnliche, tödlich verlaufende Colitis diphtheritica. — III. Bei einem 55jährigen Weibe, ebenfalls mit Morbus cordis, entstand eine ähnliche, jedoch weniger stark entwickelte Darmaffektion nach Kalomel.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über Unguentum Hydrargyri cinereum, von Feodor Miehle. (*Deutsch-Amerik. Apothekerztg.* 1897. No. 4.) 1. Bei Bereitung dieser Salbe ist reinstes Fett und gereinigtes Quecksilber nötig. 2. Es sollen keine grofsen Quantitäten angefertigt werden, damit die Salbe stets frisch bleibt. Zusätze wie Terpentin sind zu unterlassen. 3. Die Quecksilberkügelchen dürfen nicht mehr als 4 Mikromillimeter Durchmessen haben, da sonst die Verteilung eine schlechte ist. 4. Als Salbengrundlage eignet sich am besten das wasserfreie gereinigte Wollfett, nicht Lanolin. 5. Die Prüfung der koncentrierten Salbe auf die Verteilung des Hg soll durch Zerreiben zwischen Pergamentpapier, nicht auf der Haut geschehen, weil hier kleinere Tröpfchen gern zu gröfseren zusammenfliefsen. 6. Zusatz von Äther ist nicht nötig. 7. Miehle hat folgende Salbengrundlagen ausgearbeitet:

Ungt. Hydr. cin. concentr. 80 %:
Hydrarg. 100,0
Extingue cum Alapurino 25
Per tertiam partem horae ad 2—4 Mikromill.

Ungt. durum Hydr. cin.:
Ungt. Hydrarg. cin. conc. 125
Ungt. durum ad 300

Ungt. molle Hydr. cin.:
Ungt. Hydrarg. cin. conc. 125
Ungt. molle ad 300

Oleum cin. 50 %:
Hydr. depur. 20
Extingue cum Alapurino 5
Per tertiam partem horae ad 2—4 Mikromill.
Adde Paraffin. liquid. ad 40.

A. Strauſs-Barmen.

Enthaarende Wirkung der Leucaena glauca. (*Pharm. Centralh.* 1897. No. 17.) Die wilde Tamarinde, im tropischen Südamerika, in Jamaica und auf den Bahama-Inseln wachsend, bewirkt bei Pferden, Maultieren, Eseln und Schweinen ein Ausfallen der Haare, wenn diese Tiere mit der Pflanze gefüttert werden. Unterbricht man die Fütterung, so wachsen die Haare wieder. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Naftalan, von C. Prezoli. (*Therap. Wochenschr.* 1897. No. 27.) Naftalan wird aus einer eigenartigen Rohnaphta des Kaukasus gewonnen; bei den Eingeborenen wird sie „heiliges Bad" oder „altes Bad" genannt. Naftalan stellt eine dunkelbraune, fast geruchlose Salbe dar, hat stets zähe Konsistenz, hinterläfst keine Flecke, ist sehr haltbar. Im Ambulatorium von Prof. Finger wurden damit 92 Fälle behandelt, in erster Linie bei solchen Krankheiten, bei denen sonst Teer verwandt wird (Ekzem, Psoriasis, Sykosis, Impetigo cont., Scabies, Dermatomykosen). Aufser acuter Folliculitis hat Naftalan keine Nebenwirkungen gezeigt. In 42 Fällen von Ekzemen verschiedenster Art, ausgenommen sehr akute, wirkte Naftalan gut. Sekretion und Nässen nahmen rasch ab, Rötung und Schuppung hörten bald auf. Es eignet sich für die verschiedensten Stadien des Ekzems. Bei Impetigo contagiosa, Scabies, Herpes tonsurans wurden ebenfalls gute Resultate erzielt. Eine gröfsere Tiefenwirkung scheint dem Naftalan abzugehen, wie bei der Behandlung der Psoriasis konstatiert werden konnte. — Naftalan bedeutet eine wesentliche Vereinfachung der Ekzemtherapie. *A. Strauſs-Barmen.*

Das Oleum cadinum bei Hautkrankheiten, von Ramond. (Dissertation, Paris 1897.) Nachdem Oleum cadinum wegen seiner verschiedenen Nachteile (Geruch,

Verunreinigung und Zerstörung der Wäsche, Fälschungen) etwas in Mifskredit gefallen war, haben ihm verschiedene Autoren seine verdiente Stellung in der Dermatotherapie wieder einzuräumen gesucht. Es fehlte aber immer noch an einem passenden Vehikel. Dieses hat nun Gaucher in dem Acetonkollodium (Schiefsbaumwolle 5, wasserfreies Aceton 95) gefunden. Mit diesem wird nun das Oleum cadinum im Verhältnis von 1 : 2 vermischt, wobei man ein vorzügliches Präparat für allerlei Arten trockener Dermatosen erhält: Psoriasis, lichenoides, seborrhoisches Ekzem. Bei Psoriasis ist es dem Pyrogallol- und Chrysarobintraumaticin vorzuziehen, indem grofse Flächen damit bestrichen werden können. *C. Müller-Genf.*

Orthoform. Ein Lokalanaestheticum für Wundschmerz, Brandwunden, Geschwüre etc., von Einhorn und Heinz in München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 34.) Das Orthoform stellt ein weifses, leichtes, ziemlich voluminöses Krystallpulver ohne Geruch und Geschmack dar. Das Orthoform ist in Wasser nur wenig und langsam löslich. Darin ruht sein Hauptvorzug vor allen bekannten Anästheticis. Es löst sich gerade genügend Substanz, um eine ausreichende anästhesierende Wirkung entfalten zu können; andererseits erfolgt die Lösung so langsam und allmählich, dafs immer nur für kleine Mengen die Möglichkeit der Wegschaffung durch Resorption besteht, sodafs die Wirkung des Orthoforms sich auf viele Stunden, ja Tage erstrecken kann. Orthoform bildet mit Salzsäure eine gut krystallisierende Verbindung: salzsaures Orthoform. Dasselbe ist in Wasser sehr leicht löslich, die Lösung reagiert sauer. Das salzsaure Orthoform anästhesiert ebenso wie der freie Ester. Aber wegen der sauren Reaktion sind Lösungen von salzsaurem Orthoform nicht überall anwendbar; sie sind zu vermeiden an empfindlichen Schleimhäuten, vor allem also am Auge, wie an dem (alkalisch reagierenden, gegen Säure äufserst empfindlichen) Körpergewebe, es ist daher das salzsaure Orthoform für subcutane Injektionen nicht verwendbar. Die anästhesierende Wirkung des Orthoforms ist leicht an Schleimhäuten, wie an blofs gelegten Nervenendgebieten zu erkennen. Der erste Versuch mit Orthoform am Menschen wurde in einem Falle von Transplantation gemacht. Eine 10%ige Orthoformsalbe auf die handgrofse blofsgelegte Fläche auf der linken Brustseite gebracht, bewirkte volle Anästhesie, während früher die von der Haut entblöfste Stelle heftige Schmerzen hervorgerufen hatte. Auch weiters blieb die verbundene Brustseite stets schmerzfrei. In die Tiefe wirkt Orthoform nicht. Ferner wurde es und mit gutem Erfolge verwendet bei Verbrennungen dritten Grades und bei schmerzhaften Geschwüren. Bis zu 50 g wurden in Pulverform auf die Geschwürsfläche appliziert, irgend welche schädliche Nebenwirkungen traten nicht ein. — Orthoform wirkt auch energisch antiseptisch, hat sich so bewährt bei Fufs- und Unterschenkelgeschwüren. Bei Verletzungen, Rhagaden, Exkoriationen etc. ist es ebenfalls durch seine anästhesierende Wirkung von Nutzen gewesen, ebenso bei Kehlkopfgeschwüren. — Bei den schmerzhaften Affektionen des Genitalapparates ist die Brauchbarkeit noch zu erproben. In einem Falle von chronischer Blennorrhoe wurde die Injektion einer 10%igen Lösung reaktionslos ertragen und erfolgte auf dieselbe eine zwölfstündige Schmerzlosigkeit; in einem Falle frischer Blennorrhoe folgte auf jede Injektion Reizung, gleichwohl waren nach 4 Tagen die Gonokokken verschwunden und der eitrige Ausfluſs hatte aufgehört. Was die Dosierung des Orthoforms betrifft, so können auf grofse Wundflächen beliebige Mengen appliziert werden, da bis jetzt das Mittel als absolut ungiftig sich erwies, innerlich sind 0,5 bis 1,0 mehrmals täglich gegeben worden. *Neuhaus-München.*

Über Protargol, von A. Eichengrün. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 39.) Bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe wurden schon mit ganz verdünnten Lösungen

von 1/4% schnell steigend bis zu 1% und 1½% vorzügliche Erfolge erzielt, doch wurden auch stärkere Lösungen von 5 bis 10% für Urethritis der Frau ohne Reizerscheinungen vertragen. Im übrigen berichtet die Arbeit über die chemischen Eigenschaften des neuen Mittels. *A. Strauſs-Barmen.*

Praktische Mitteilungen über Thiol, von Wirz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Therap. Beilage. 1897. No. 6.) Thiol hat sich dem Verfasser als Ersatz für Ichthyol sehr bewährt, zunächst bei Entzündungen aller Art, auch bei Karbunkeln, Furunkel, Lymphangitiden, Phlegmonen, Erysipel der Kopfhaut, entzündlicher Infiltration der Halshaut. Auch bei Typhlitis trat in 8—10 Tagen Heilung ein (geschieht bei benignen Fällen auch ohne Thiol. D. Ref.). Das aus der Fabrik gelieferte Thiol. liquid. sicc. ist zur Anwendung am geeignetsten. Ferner bewährte sich das Mittel bei Parametritis (auch zu Tampons), Phlegmasia alba dolens, Otitis externa, bei den Rückenschmerzen wegen Influenza, Emphysem der Lunge (Einreibung der Brust), Pleuritisexsudation, croupöser Pneumonie. Verfasser hebt wiederholt den 15 Minuten nach der Einreibung sich einstellenden Nachlaſs vorhandener Schmerzen hervor. Kurz, nach des Verfassers Erfahrungen läſst das Thiol an Vielseitigkeit nichts zu wünschen übrig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Experimentelle und therapeutische Beiträge zur Schilddrüsenwirkung bei Gesunden und Strumakranken, von Gara, Irsai und Vas. (K. ung. Ärztegesellschaft, 8. Febr. 1896.) Das Resultat der Experimente kann kurz in folgendem zusammengefaſst werden. Die Struma und das Körpergewicht, letzteres sowohl beim Gesunden als auch beim Strumakranken, nehmen sichtlich ab, dabei ist eine tägliche Zunahme des Urins, des Nitrogens, des ClNa, P_2O_5 und der Harnsäure — hauptsächlich in den ersten Tagen — zu konstatieren, welche Resultate für die supponierte, durch die Thyreoidea hervorgerufene Stoffwechselzunahme spricht. Die Nitrogenwage zeigte während der Darreichung des Präparates Verlust des Organeiweiſses sowohl beim Gesunden als auch beim Strumakranken, welches aber viel weniger ist, als daſs es eine Erklärung abgeben könnte für die während der Behandlung wahrnehmbare Körpergewichtsabnahme, sodaſs für deren Erklärung auch andere materielle Verluste des Organismus supponiert werden müssen. Welche Rolle dabei das Fettgewebe spielt und in wie weit man das Thyrojodin als ein gegen Verfettung gerichtetes Mittel betrachten kann, darüber können nur jene Experimente Aufschluſs geben, welche sich auf die respiratorischen Gas-Stoffwechselveränderungen beziehen, welche aber bis jetzt noch nicht beendet sind. Irsai, der sich mit den klinischen Untersuchungen befaſste, welche vom Ende 1894 datieren, stellte auch einige mit Erfolg behandelte Strumafälle in der Ärztegesellscheft vor. Die Tabletten stammten von der Londoner Fabrik Wellcome, Bourroughs & Comp., enthielten 0,30 g Drüsenextrakt, es wurden täglich 3, seltener 2 und 1 Tabletten dargereicht, alle Fälle betrafen parenchymatöse Strumafälle. Bei jedem einzelnen Falle, wenn auch keine gänzliche Heilung eintrat, wurde eine bemerkenswerte Besserung beobachtet, ebenso eine Gewichtsabnahme. Die Nebenerscheinungen bestanden in Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Schwindel, Herzklopfen und Zittern. Eiweiſs trat nie auf, obzwar in letzter Zeit selbst letale Fälle veröffentlicht wurden. Es ist nun noch die Frage offen, ob die Nebenerscheinungen direkt als Thyroideawirkung aufgefaſst werden sollen? Die Untersuchungen von Lang haben nämlich erwiesen, daſs nicht in der Thyroidea selbst die Ursache der Nebenerscheinungen zu suchen ist, sondern in deren Zersetzungsprodukten, welche toxische Erscheinungen hervorrufen. Diese Annahme wird durch den Umstand gestützt, daſs sich die Thyroidea sehr rasch zersetzt, es muſste also bei der Fabrikation die äuſserste Vorsicht benutzt werden. Diese Annahme von Lang

wird auch von Stabel unterstützt. Dafs sich in letzter Zeit die Fälle anhäufen, bei denen unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet werden, mag auch darin seinen Grund haben, dafs die Kranken die Tabletten ohne jede Kontrolle benutzen, besonders diejenigen, welche abmagern wollen; die Tabletten dürften eben nur auf ärztliche Verordnung benutzt werden. Verfasser ist der Ansicht, dafs ein frisches gutes Präparat bei genauer Kontrolle keinen Schaden verursachen wird. Was die Entdeckung von Baumann anbelangt, dafs das eigentliche wirkende Agens im Thyrojodin liege, ist allenfalls auffallend die Beobachtung von Mikulicz, dafs auch mit Thymusdarreichung Strumaszurückbildung erreicht werden kann, währenddem Baumann doch nachgewiesen hat, dafs die Thymusdrüse kein Jod enthält.

A. Aschner-Budapest.

Das Xeroform und seine Anwendung in der Chirurgie, von Grünfeld. (*Wien. Med. Blätter.* 1897. No. 1, 2. 3.) Verfasser hat das Xeroform bei den verschiedensten chirurgischen Affektionen angewendet (Mitteilung von 25 Krankengeschichten) und kommt zum Schlufs, dafs, „wenn es auch das längst ersehnte Ideal eines pulverförmigen Antisepticums nicht darstellt, doch sicherlich keinem von den gegenwärtig für dieselben Zwecke gebräuchlichen Mittel nicht nur nicht nachsteht, was die Wirkungsenergie betrifft, sondern auch vor ihnen eine ganze Reihe von Eigenschaften voraus hat, welche seine Bevorzugung empfehlenswert machen“: Es wirkt kräftig antibakteriell und macht die Toxine und Ptomaine durch Bindung unschädlich. Es wirkt eminent austrocknend und sekretionsbeschränkend, in hohem Mafse desodorierend schmerz- und blutstillend, ist ganz reizlos und ungiftig, beschleunigt die Granulationsbildung und Überhäutung. — Sehr wirksam hat sich ihm das Xeroform auch bei nässendem Ekzem gezeigt. (Pulververband.) *C. Müller-Genf.*

Praktische Erfahrungen mit Xeroform. Nach den günstigen Mitteilungen von Heuss-Zürich über therapeutische Wirkung dieses Präparates hat Goliner-Erfurt dasselbe bei einer Reihe von Affektionen (Ulcus molle, chronisches Ulcus cruris, frischen Wunden, nässenden Ekzemen) angewendet und sehr gute Resultate damit erzielt. (*Reichs-Medicinal-Anzeiger.* 1897. No. 7. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Die Filaria Medinensis und die Lepra in Turkestan. Durante hat von seiner Reise nach dem Turkestan einen Medinawurm zurückgebracht, welcher eine viel beträchtlichere Länge erreicht als man gewöhnlich annimmt, nämlich 40—50 cm zuweilen aber bis zu 1 m. Er hat ferner dort ganze Dörfer von an Lepra leidenden oder von Leprösen abstammenden Bewohnern gesehen und zwar in allen Stadien und Formen der Erkrankung. (Paris. anatom. Gesellschaft.) *C. Müller-Genf.*

Die Schwanapotheke von W. Mielck in Hamburg, Dammthorstr. 27, hat eine kleine Brochüre herausgegeben über die von ihr hergestellten **dermatotherapeutischen Präparate,** welche allen Fachgenossen und Praktikern willkommen sein wird. Behufs Zusendung des Schriftchens wende man sich an den Apotheker Mielck direkt.

Nachdruck ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 9. 1. Mai 1898.

Über die radikale Behandlung des Lupus.

Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein in Hamburg am 15. März 1898.

Von

Dr. med. URBAN,

Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg.

Die Vielgestaltigkeit des Lupus, die Verschiedenartigkeit seines Verlaufes und die Schwere und Häfslichkeit der durch ihn verursachten Zerstörungen, namentlich im Gesicht, sind allgemein bekannt. Ebenso aber auch die Unsicherheit und Unzulänglichkeit unserer Heilmethoden. Ihre Zahl ist aufserordentlich grofs und wer die Litteratur verfolgt, weifs, dafs jährlich mindestens einige neue oder angeblich neue und zuverlässige Methoden angegeben werden. Schon aus dieser Vielgestaltigkeit der Heilverfahren und dem fortwährenden Streben und Suchen nach neuen Heilmitteln geht hervor, dafs wir bisher kein allgemein bekanntes und zuverlässiges Mittel besitzen, welches allen Anforderungen genügte.

Es kann hier nicht meine Absicht sein auf die einzelnen Mittel einzugehen. Ich deute sie nur in groben Umrissen an, soweit es für den vorliegenden Zweck von Bedeutung ist.

Die gegen den Lupus angewendeten Mittel sind teils chemische, teils mechanische, teils eine Kombination von mechanischen Methoden mit chemischen Mitteln. Die chemischen Mittel sind im wesentlichen stärkere oder mildere Ätzmittel der verschiedensten Art und ihre Anwendungsweise die allermannigfaltigste. Sie haben den Zweck, die Tuberkelbacillen und ihre Produkte zu vernichten und entweder zur Abstofsung oder zur Resorption zu bringen. Ihre Wirkung ist in der Regel eine allmähliche, indem durch die wiederholte Anwendung immer mehr pathologische Produkte vernichtet werden. Die Behandlung erstreckt sich über Wochen, Monate und Jahre und wenn man schliefslich glaubt, die Heilung erreicht zu haben, so tritt häufig nach Wochen oder Monaten das sogenannte Recidiv auf und die Behandlung beginnt von neuem.

Ähnlich steht es mit den mechanischen Mitteln, vor allem dem Glüheisen, dem scharfen Löffel und den multiplen Skarifikationen. Die letzteren

sollen durch Beeinträchtigung der Blutversorgung und durch Bildung sehr vieler kleiner Narben die Tuberkel zum Rückgange bezw. zur Heilung bringen. Durch den scharfen Löffel werden die weichen Tuberkelprodukte entfernt unter möglichster Schonung des Gesunden. Durch das Glüheisen werden die Erreger der Tuberkulose und die tuberkulösen Gewebe zum Absterben gebracht und die Schorfe stofsen sich später ab.

Die starken Ätzmittel, das Glüheisen und der scharfe Löffel sind gewifs geeignet, die erkennbaren Tuberkel zu vernichten und damit den Prozefs zu bessern, aber im Lupusherde ist ein fortwährendes Werden und Vergehen. Die makroskopisch sichtbaren Herde kann man entfernen, die in Bildung begriffenen mikroskopischen Tuberkel können wir nicht mit Sicherheit unter die Einwirkung der genannten Mittel bringen und sie entwickeln sich unbemerkt weiter, oder es bleiben Reste der zerstörten Tuberkel zurück, die den Wiedereintritt der Erkrankung veranlassen, sodafs die Aussicht auf völlige Heilung stets sehr ungewifs ist.

In den letzten Jahren machte von allen Mitteln das Tuberkulin das gröfste Aufsehen. Die Verhandlungen darüber sind noch in aller Gedächtnis. Es ist für die Behandlung des Lupus wieder aufgegeben. Die ursprünglich als Heilung angesprochenen Fälle haben sich als trügerisch erwiesen.

In der letzten Zeit sind mehrfach die Einwirkungen der X-Strahlen auf den Lupus studiert worden. Die Röntgenstrahlen üben nach den vorliegenden Ergebnissen zweifellos einen bessernden Einfluss aus. Die bisherigen Erfolge fordern zur weiteren Prüfung auf. Heilungen und vor allem Dauererfolge fehlen bisher noch, wie es bei der Kürze der Zeit nicht anders zu erwarten ist.

Die Unsicherheit des Erfolges in Bezug auf eine dauernde Heilung und die Langwierigkeit der Behandlung ist allen den genannten Mitteln gemeinsam.

Ich erlaube mir deshalb von neuem die Aufmerksamkeit auf ein Mittel zu lenken, welches wenigstens in einer grofsen Anzahl von Fällen die Kurdauer aufserordentlich abgekürzt und bei richtiger Auswahl der Fälle meistens eine dauernde Heilung gewährleistet: Die radikale Behandlung des Lupus in ähnlicher Weise, wie bösartige Neubildungen der Haut behandelt werden, und die Deckung des Defektes auf plastischem Wege.

Ich behandle den Lupus ausnahmslos seit länger als acht Jahren radikal und habe allen Grund mit der Methode völlig zufrieden zu sein.

Das Verfahren ist kurz folgendes: Der Lupusherd wird 0,5—1,0 cm von der erkennbaren Grenze der Infiltration entfernt im Gesunden umschnitten. Der Schnitt führt überall bis ins subcutane Fettgewebe. Ich ritze in der Regel die Operationslinie ringsum oberflächlich an, sodafs

man gerade den Schnitt erkennen kann, führe dann am tiefst gelegenen Rande zuerst den Schnitt bis ins subcutane Fettgewebe und löse die tuberkulös erkrankte Haut von der Unterlage im durchaus gesunden subcutanen Fettgewebe ab. Der Schnitt führt hier mindestens 2—3 mm im Gesunden. So wird die ganze erkrankte Hautpartie langsam und vorsichtig mit dem Messer von der Unterlage abgelöst. Gebraucht man die Vorsicht, die Schnittlinie ringsum durch Anritzen zu kennzeichnen, nicht, so kann man, wenn ein Teil des Lappens abgelöst und die Blutversorgung dürftig geworden ist, leicht in Zweifel geraten über die Grenze des tuberkulösen Herdes. Schneidet man sofort ringsum bis ins subcutane Fettgewebe, so wird das Operationsfeld unnötig mit Blut überrieselt; beginnt man jedoch am tiefsten Punkte, so bleibt das Operationsfeld immer klar, das Blut fliefst nach unten und stört den Fortgang der Operation nicht.

Die blutenden Gefäfse werden sofort durch Gefäfszangen gefafst. Die endgültige Blutstillung geschieht durch Torsion.

Den abzulösenden Lappen fasse ich nicht mit der Hand oder Pincette, sondern mit Mussuxschen Hakenzangen. Hände und Pincette könnten leicht durch tuberkulöse Produkte verunreinigt werden und bei den späteren Verrichtungen zur neuen Infektion der Wundfläche führen. Die Mussuxschen Zangen werden fest eingehakt und mit dem abgelösten Lappen zugleich fortgelegt. Die Blutung ist in der Regel sehr beträchtlich. Oft braucht man für eine Gesichtshälfte 30—40—50 Gefäfszangen. Es mufs daher sorgfältig jeder Blutverlust verhütet und auch die kleinsten blutenden Gefäfse gefafst werden. Die Gefäfszangen bleiben liegen, bis der ganze Lappen abgelöst ist, dann werden sie langsam und vorsichtig abgedreht. Die Wundfläche wird mit sterilisiertem Protektiv bedeckt und durch Kompression die völlige Blutstillung erzielt. Ich unterbinde die Gefäfse nicht, weil sich über dem Unterbindungsknoten von der aufgesetzten Haut leicht kleine Hautstückchen abstofsen und dadurch die Heilung aufgehalten wird. Wenn diese Abstofsungen in der Regel auch sehr klein sind, so kann man sie doch durch die Torsion der Gefäfse vermeiden und dadurch die völlig glatte Heilung beschleunigen.

Die frische Wundfläche wird unmittelbar nach der Blutstillung, die in der Regel nach einer Kompression von 10—20 Minuten Dauer vollständig ist, mit Haut besetzt. Die Haut entnehme ich fast ausnahmslos von der Vorder-, Innen- und Aufsenfläche der Oberschenkel. Hier ist auch für grofse Wundflächen Haut genug zu erhalten und die Stelle ist später für immer mit Kleidern bedeckt, während bei Entnahme von den Armen unter Umständen die zurückbleibende, wenn auch geringfügige Veränderung für den Patienten störend sein könnte.

Die Nachbehandlung ist dieselbe wie für alle Hautverpflanzungen. Ich ziehe wenigstens für die ersten Tage den feuchten Kochsalzprotektiv-

verband vor, der feuchte Verband mit physiologischer Kochsalzlösung giebt für die Anheilung der zarten Hautstreifen die günstigsten Bedingungen. Den ersten Verbandwechsel nehme ich stets nach 24 Stunden vor. Sitzt die Haut fest, ist sie rosarot gefärbt und nirgends verschoben, so ist die weitere Heilung gewährleistet, wenn nicht Versehen in der Nachbehandlung geschehen. Ist an irgend einer Stelle ein Hautstück verschoben, so kann man es leicht wieder an die richtige Stelle bringen oder, wenn es nicht mehr recht lebensfähig erscheint, durch ein neues vom Arm oder Bein ersetzen.

Die Gefahr der Verschiebung der aufgesetzten Hautstücke beim Sprechen, bei Brechbewegungen u. s. w. ist nicht sehr grofs, doch soll man den Kranken für die ersten Tage dringend gröfste Ruhe empfehlen. Bettruhe ist bei kleineren Herden kaum nötig; ich lasse die Operierten jedoch durchweg, namentlich bei gröfseren Operationen, die eine ganze Wange und mehr einnehmen, wenigstens 2—3 Tage zu Bett liegen, um die Bewegungen des Kopfes und Halses nach Möglichkeit auszuschalten. Wenn der Lupus Wange und Hals ergriffen hatte, legte ich in der ersten Zeit für 3—4 Tage einen Gipspanzer an, der Brustkorb, Hals und Kopf umfafste und völlig ruhig stellte, aber die Wundfläche frei liefs. Ich bin später davon abgekommen. Die Kranken liegen meist ruhig, da ihnen die Bewegungen des Halses und Kopfes schmerzhaft sind. Ich würde einen Gipspanzer nur noch bei einem sehr unruhigen Kranken anlegen. 8—10 Tage nach der Operation ist in der Regel feste Heilung eingetreten, die Operationsfläche bleibt ohne Verband und die frische Haut wird täglich 1—2mal mit Olivenöl gewaschen, um sie geschmeidig zu erhalten. Die ganze Operationsfläche ist zunächst gegenüber der Umgebung bis zu 1 cm vertieft und lebhaft gerötet. Die Vertiefung gleicht sich im wesentlichen im Verlaufe von 3—4 Wochen aus. Die Röte verschwindet immer mehr und verwandelt sich im Verlaufe von 2—3 Monaten in die normale Hautfarbe der Umgebung oder wird noch etwas blasser.

Nicht jeder Lupus eignet sich ohne weiteres zur radikalen Behandlung. Ohne weiteres und mit der besten Aussicht auf sofortige endgültige Heilung eignen sich alle die Lupusfälle, die den reinen Typus des Lupus exfoliativus darstellen, die keine akut entzündlichen Erscheinungen weder in ihrer Mitte noch am Rande und der nächsten Umgebung zeigen. Sind ausgedehntere Geschwüre und akut entzündliche Erscheinungen in der Mitte oder am Rande vorhanden, so schickt man der radikalen Operation eine vorbereitende Behandlung mit einem der bekannten Lupusmittel voraus und erst wenn unter der antiphlogistischen Behandlung die gewünschte Besserung eingetreten, wird der Herd radikal entfernt.

Günstig für die Ausführung der Operation und den plastischen Erfolg

sind die Lupusfälle, bei denen die Augenlider, Ohrmuscheln, Nase, Mund und Lippen frei geblieben sind. Ich fürchtete in der ersten Zeit, dafs bei gröfseren Substanzverlusten leicht entstellende Schrumpfungen eintreten könnten. Dies ist jedoch bei sorgfältiger Ausführung der Operation nicht der Fall.

Sind die Ohrmuscheln oder der Gehörgang mit ergriffen, so wird man aus dem letzteren die lupös erkrankte Haut ebenso ablösen wie an der Wange und durch neue ersetzen. An der Ohrmuschel wird man sich ebenfalls, so lange es angängig ist, mit der Entfernung der Haut begnügen; ist aber der Knorpel mit ergriffen, so soll man nicht zögern, den erkrankten Teil mit zu entfernen. In einem Falle habe ich schliefslich auf den Wunsch der Kranken die ganze Ohrmuschel entfernt, nachdem verschiedene teilweise Operationen erfolglos geblieben und die Kranke schon vorher jahrelang mit grofser Ausdauer anderweit behandelt war.

Sind die Augenlider ergriffen, so wird die Haut in gleicher Weise wie oben beschrieben entfernt. Ist das obere Augenlid erkrankt, so näht man für 3—4 Tage vermittelst dreier Seidennähte die beiden Augenlider aneinander, sodafs der Lidschlag gehemmt wird. In dieser Zeit ist die aufgesetzte Haut fest angeheilt. Das Auge wird acht Tage geschlossen verbunden. Wird die Haut des unteren Augenlides teilweise oder ganz bis an den Lidrand entfernt, so tritt grofse Neigung zur Ektropiumbildung ein. Ich sehe auch hier von einer Lappenplastik ab und bedecke die Wundfläche mit dünnen Hautstreifen, nachdem der Lidrand mit drei Fadenschlingen straff gegen die Stirn hin befestigt ist, sodafs ein Herabsinken ausgeschlossen wird. Ich habe dabei nie Ektropium entstehen sehen und das Aussehen ist besser als bei Lappenplastik.

Ist die Nase ergriffen, so mufs man sehr sorgfältig untersuchen, ob nur die äufsere Haut krank ist oder ob die Schleimhaut und die knorpeligen Teile in Mitleidenschaft gezogen sind. Ist nur die Haut ergriffen, so wird sie abgelöst und die Wunde mit frischer Haut bedeckt. Ergreift aber der tuberkulöse Prozefs die ganze Dicke der Nasenwand nebst der Schleimhaut, so ist mit teilweisen Operationen kein dauernder Erfolg zu erreichen; die aufgesetzte Haut wird sehr bald wieder von Lupusknötchen durchbrochen. Es mufs der ganze erkrankte Teil der Nase entfernt und der Verlust später durch Plastik von Stirn, Wange oder Arm ersetzt werden. Geht die tuberkulöse Erkrankung im Innern der Nase tiefer hinein, so zerstöre ich die erkrankte Schleimhaut mit dem Schnittbrenner des Thermokauters vollständig bis ins Gesunde. In Fällen, wo es unsicher ist, ob die Vernichtung der tuberkulösen Nasenschleimhaut völlig gelungen, wartet man mit der Nasenplastik lieber einige Wochen länger ab, bis man von der radikalen Heilung überzeugt ist.

Ist an den Lippen nur die äufsere Haut ergriffen, so bietet die

Operation nichts Besonderes. Die tuberkulöse Haut wird abgelöst und durch neue ersetzt. Der Verband muſs ganz besonders sorgfältig angelegt und alles Sprechen vermieden werden, damit die Haut nicht verschoben wird. Ist die Schleimhaut ergriffen, so wird sie geradeso wie die Schleimhaut der Nase, soweit sie erkrankt ist, mit dem Schnittbrenner tief verschorft. Nur in seltenen Fällen ist man genötigt, die Lippe in der ganzen Dicke zu entfernen, wenn sie vom Lupus in der ganzen Dicke durchsetzt ist. Der plastische Ersatz hat meist keine Schwierigkeiten.

An Rumpf und Extremitäten ist die Operation einfacher: Der Lupusherd wird mit dem subcutanen Fettgewebe bis auf die Fascie entfernt und der Defekt entweder durch Naht geschlossen oder mit Haut von entfernten Teilen besetzt.

Um die ganze Operation noch einmal kurz zusammenzufassen: den Lupus der äuſseren Haut entfernt man mit dem Messer durch Schnittführung im gesunden Gewebe in gleicher Weise, wie die bösartigen Neubildungen entfernt werden. Ist der Substanzverlust klein, so wird die Wunde durch die Naht geschlossen, ist er groſs, so wird die Lücke mit Haut vom Bein oder Arm besetzt; wenn dies nicht angängig, die Lappenplastik (gestielt) angewandt. Die tuberkulös erkrankte Schleimhaut zerstöre ich bis ins Gesunde vollständig mit dem Schnittbrenner. Die punktförmigen Stichelungen mit dem Stichbrenner wende ich nicht an.

Mein Verfahren ist in allen wesentlichen Punkten unverändert dasselbe geblieben, wie ich es in den Mitteilungen der ersten 16 von mir nach der radikalen Methode operierten Fällen im Jahre 1891 und 1892 ausführlich beschrieben (1, 3, 4). Eine Anzahl Chirurgen haben sich dem radikalen Verfahren angeschlossen und meine günstigen Erfahrungen im wesentlichen bestätigt. Von deutschen Chirurgen sind mir aus den letzten Jahren Mitteilungen bekannt geworden von Kramer (2), Krecke (5), Schulze (6) und Stieda [Bruns] (7). Ihre etwaigen Abweichungen beruhen auf Nebensächlichkeiten, die das Wesen der Methode: die radikale Entfernung des Lupus, nicht berühren.

Die Dermatologen sind bisher der radikalen Methode gegenüber sehr zurückhaltend gewesen. Im Laufe des letzten Jahres ist ein hervorragender Dermatologe, Lang (8), nach seinen mehrjährigen Erfahrungen mit Entschiedenheit und Begeisterung für die radikale Methode eingetreten, wie er auch schon in den letzten Jahren in den Sitzungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft für die Verbreitung derselben Sorge getragen. Auſser Lang ist mir nur noch eine Arbeit eines Dermatologen, Fabry (9), bekannt geworden, der ebenfalls für die radikale Behandlung eintritt.

Die radikale Behandlung des Lupus ist die schwierigste von allen Behandlungsarten, sie erfordert auſserordentliche Sorgfalt und Genauigkeit in der Ausführung, sie übertrifft aber auch andererseits alle anderen

Methoden an Raschheit und Sicherheit des Erfolges. Gelingt es, den ganzen Herd in einer Sitzung zu entfernen und die Wunde mit Haut zu besetzen, so ist die Heilung in 10—14 Tagen erreicht. Die Operation wird am besten in Chloroformnarkose vorgenommen. Selten habe ich sie bei kleineren Herden ohne Narkose vollzogen.

Für die Gründlichkeit der Heilung bürgt bei Lupus nur die Länge der Zeit, die seit der Heilung verflossen ist.

Meine ersten Radikaloperationen fallen in die Mitte des Jahres 1889. Soweit zurück reichen auch die Dauererfolge. Leider sind mir bei meinem Orts- und Stellungswechsel die früher Operierten zum gröfsten Teil aufser Beobachtung gekommen. Einige habe ich vor kürzerer oder längerer Zeit wieder gesehen. Die Heilung hatte sich bewährt. Die Heilungsdauer meiner hiesigen Fälle ist noch kurz, aber die Erfolge bisher gleichfalls günstig.

Die radikale Behandlung des Lupus ist unter allen Methoden entschieden die eingreifendste. Es liegt deshalb die Frage nahe: Sind wir beim Lupus zu einer so eingreifenden Operation berechtigt? Meine Antwort lautet unumwunden: Ja. Das radikale Verfahren wird sich immer mehr Bahn brechen, so lange nicht ein ebenso sicheres und weniger eingreifendes Verfahren gefunden ist. Bei Hautcarcinom zögern wir keinen Augenblick, den Kranken die Radikalkur in Vorschlag zu bringen und dieselbe auszuführen. Die Aussicht auf dauernde Heilung ist hier weit unsicherer als bei Lupus. Wenn wir aufserdem erwägen, dafs der Verlauf des Lupus sich oft über Jahrzehnte erstreckt und langsam aber sicher immer weitere Flächen der Zerstörung anheimfallen, ganz abgesehen von den örtlichen Verschlimmerungen, und schliefslich ein Teil der Befallenen völlig von der menschlichen Gesellschaft ausgeschlossen wird, so werden wir uns zu dem radikalen Verfahren um so eher verstehen, als die Operation immerhin gefahrlos ist. Mir sind wenigstens bisher keine Unglücksfälle bekannt geworden.

Das Verfahren hat andererseits auch seine Grenzen. Gänzlich verschleppte Fälle werden dem radikalen Verfahren ebenso unzugänglich bleiben, wie inoperable Carcinome und Sarkome. Ebenso findet es seine Grenze an der übergrofsen Ausdehnung der Erkrankung nach der Fläche und Tiefe.

Litteratur:

1. Urban, Ausgedehnter Lupus an der linken Schläfe, Wange und Hals, durch Exstirpation und Transplantation geheilt. *Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie.* 20. Kongrefs 1891.
2. Kramer, Zur Behandlung des Lupus der Haut. *Chirurg. Centralbl.* 1891. XIX, 8.
3. Urban, Demonstration von Lupusfällen, behandelt mit Excision und Hautverpflanzung. *Verhandl. d. deutsch. dermat. Ges.* 3. Kongrefs 1891.

4. Urban, Über die Behandlung des Lupus. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1892. 34. Bd. S. 238.
5. Krecke, Zur Radikalbehandlung des Lupus. *Münch. med. Wochenschr.* 1894. XLI, 48.
6. Schulze, Durch welche Methode erzielen wir die günstigsten und sichersten Erfolge in der Behandlung des Gesichtslupus? *Münch. med. Wochenschr.* 1895. XLII, 44.
7. Stieda, Zur Behandlung des Lupus mit Hautexcision und Thiersch'scher Hautverpflanzung. *Beitr. z. klin. Chir.* 1896. XV, 1. S. 147.
8. Lang, Ergebnisse der Lupusbehandlung. *Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 19.
9. Fabry, Über die Behandlung des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung der Thiersch'schen Transplantationsmethode. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 39.

Aus der Station für Geschlechtskranke der Stadt Berlin im städtischen Obdach (unter Leitung des Herrn Prof. Dr. G. Behrend).

Zur Kasuistik des Ikterus im Frühstadium der Syphilis.

Von

Dr. Alfred Arnheim,
Assistenzarzt der Krankenstation.

Die Beteiligung der Leber an dem Syphilisprozefs war bereits den Syphilidologen im XVI. Jahrhundert bekannt und seit jener Zeit Gegenstand vielfacher Untersuchungen. Als dann durch die eingehenden, auf Sektionsbefunden basierenden Arbeiten von Dittrich[1] und später von Gubler,[2] Zenker,[3] Virchow,[4] Frerichs,[5] Delevarenne[6] u. a. die Kenntnis der syphilitischen Leberaffektionen erweitert und vervollständigt worden ist, gehörten dieselben bald zu den bestgekannten syphilitischen Visceralkrankheiten. Da jedoch die Erkrankungen der inneren Organe bei Syphilis die Aufmerksamkeit nur insoweit auf sich zogen, als es sich um Veränderungen des Spätstadiums handelte, so waren auch an der Leber

[1] Syphilitischer Krankheitsprozefs der Leber. *Prager Vierteljahrsschrift.* 1849. I, 1 und 1850. II, 33.
[2] *Altérations du foie chez des individues atteints de Syphilis.* Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris 1849 u. 1850. — Derselbe: *Mémoire sur l'ictère, qui accompagne quelquefois les éruptions précoces.* Ibidem. Paris 1854. V pt. II, 235.
[3] Über die syphilitischen Erkrankungen der Leber. *Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde.* Dresden 1851, 15.
[4] Über syphilitische Leberentzündung. *Tagebl. d. 30. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Tübingen* und *Arch.* Bd. XV.
[5] *Klinik der Leberkrankkeiten.* II. Aufl. Braunschweig 1861. II, 19 u. 150.
[6] Essai sur la Syphilis du foie chez l'adulte. *Thèse* Paris. 1879.

nur diejenigen Erkrankungen beachtet worden, welche der Spätsyphilis angehörten. In neuerer Zeit hat man nun die Erfahrung gemacht, dafs auch bei recenter Syphilis Lebererkrankungen vorkommen, die als klinisches Hauptsymptom Ikterus zeigen, die in den weitaus meisten Fällen ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens zur Heilung kommen, in einigen wenigen Fällen jedoch eine deletäre Form annehmen und in kurzer Zeit zum Tode führen können. Wir verfügen zwar bereits in der Litteratur über eine grofse Zahl von Fällen von Ikterus im Frühstadium der Syphilis, doch ist derselbe sicherlich noch viel häufiger als es hiernach den Anschein hat, wie ja auch FOURNIER[7] ihn für eine häufig vorkommende Erscheinung hält. Das meist schnelle Schwinden des Ikterus, welches FOURNIER geradezu für charakterisch für denselben hält, die geringen subjektiven Beschwerden der Patienten, die zudem in den meisten Fällen ambulant behandelt werden, bewirken wohl, dafs derselbe vielfach garnicht beobachtet wird. Oft wird der Ikterus sicherlich nicht der Syphilis zugeschrieben, wie ja heute noch eine ganze Reihe namhafter Autoren, wie KAPOSI u. a., die spezifische Natur desselben in Abrede stellen. Allerdings fehlt noch immer ein völlig sicherer Beweis für den Zusammenhang von Ikterus mit früher Syphilis, da Sektionsbefunde, die ausschliefslich darüber Klarheit verschaffen könnten, nicht vorliegen.

Zuerst wurde auf diese Form des Ikterus von französischen Autoren die Aufmerksamkeit gelenkt besonders von RICORD,[8] welcher zwei derartige Fälle beschrieb. Dann von GUBLER,[9] welcher nach eingehenderen Studien den Zusammenhang von Ikterus mit frischer, konstitutioneller Syphilis feststellte, später von FOVILLE[10] und LANCEREAUX,[11] welch letzterer wie FOURNIER die Häufigkeit dieses Ikterus hervorhebt, schliefslich von SCHRÖDER,[12] MOULARD[13] und QUINQUAUD,[14] sodafs im ganzen bereits über 40 Fälle aus der französischen Litteratur vorlagen, bevor in Deutschland diesem Symptom Beachtung geschenkt wurde. Wenn auch bereits im Jahre 1863 BIERMER[15] eines Ikterus neben Roseola syphilitica und Vergröfserungen der Leber und Milz Erwähnung gethan hatte, so war doch ENGEL-REIMERS[16] der erste, welcher sich in Deutschland eingehender mit dieser Frage beschäftigte und sogar in 2% aller seiner Fälle diesen Ikterus beobachten

---

[7] FOURNIER, *Leçons sur la syphilis chez la femme.* Paris 1883, pag. 926.
[8] RICORD, *Clin. Iconogr.* pag. 18.
[9] GUBLER, Mémoire sur l'ictère, qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces. *Mémoires de la société de Biologie.* 1853. Bd. 1.
[10] FOVILLE, *Observation de syphilis constitutionelle avec zona et ictère.*
[11] LANCEREAUX, *Traité historique et pratique de la Syphilis.* II, 1873.
[12] SCHRÖDER, *De l'ictère syph. second.* Thèse. 1887.
[13] MOULARD, Thèse de Paris. 1879.
[14] QUINQUAUD, *Les affections du foie.* Paris 1879. Bd. I.
[15] BIERMER, *Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde.* 1863.
[16] ENGEL-REIMERS, Über die visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XV.

konnte. LASCH[17] gab sodann eine tabellarische Übersicht aller 46 bisher bekannter Fälle, denen er drei neue aus der Breslauer Klinik hinzufügte. Er konnte die von ENGEL-REIMERS gefundene Häufigkeit nicht bestätigen und stellte ein besonderes Krankheitsbild des Ikterus syphiliticus auf, der sich seiner Ansicht nach von dem einfachen katarrhalischen durch sein plötzliches Auftreten, durch das Fehlen von Verdauungsstörungen oder einer anderen nachweisbaren Ursache unterscheide, welcher der anti syphilitischen Behandlung schnell weiche und regelmäfsig um dieselbe Periode der Syphilis zugleich mit dem Ausbruch des ersten Exanthems auftrete. Weiterhin berichtet JOSEPH[18] über drei neue Fälle von Ikterus, in dem er zweifellos ein Symptom der Syphilis sieht. Auch er betont das gleichzeitige Auftreten desselben mit der ersten Eruption syphilitischer Exantheme oder mit Recidiven. In 13 Fällen, welche NEUMANN[19] in seiner Klinik beobachtete, trat der Ikterus achtmal gleichzeitig mit dem Exanthem auf, dreimal nach der Eruption des Exanthems, zweimal vor dem Erscheinen desselben. In zehn dieser Fälle fanden sich keinerlei gastrische Störungen, einmal bestand Erbrechen und Fieber, einmal war die Leber vergröfsert, einmal verkleinert. Er hält die Frage des Zusammenhanges des Ikterus mit frischer Syphilis bei dem Fehlen von Obduktionsbefunden noch für ungelöst. WERNER[20] endlich veröffentlichte die in den letzten zwölf Jahren im alten Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg, St. Georg, vorgekommenen Fälle von Ikterus syphiliticus. Von 15 799 Fällen von Frühsyphilis wurde er 57 mal, also in 0,37 % aller Fälle, gefunden. Er schliefst auf einen Zusammenhang dieses Ikterus mit Syphilis aus dem Auftreten im sekundären Stadium, aus dem gleichzeitigen Vorhandensein frischer spezifischer Manifestationen, der Beeinflussung durch eine spezifische Therapie und aus dem plötzlichen Entstehen ohne voraufgehende oder begleitende gastrische Störungen wesentlicher Art.

Auf der Station für Geschlechtskranke im städtischen Obdach zu Berlin kamen im Laufe von 1½ Jahren folgende Fälle von Ikterus bei syphilitischen Personen zur Beobachtung:

---

[17] LASCH, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Visceralerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 40.

[18] JOSEPH, Über Ikterus im Frühstadium der Syphilis. *Archiv f. Dermatologie.* Bd. XXIX, pag. 883.

[19] NEUMANN, Syphilis. *Nothnagels spec. Path. u. Therap.* Bd. XXIII. Wien 1896.

[20] WERNER, *Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 27, pag. 736.

Tabellarische Übersicht der Fälle von Ikterus bei frischer Syphilis.

No.	Datum der Feststellung der syphilitischen Symptome	Datum des Hinzutritts des Ikterus	Besondere Bemerkungen
Fall I. H. Rec.-No. 269/96.	10. Februar 1896. Initialsklerose an d. Unterlippe. 22. März 1896. Kondylomatöse ulceröse Angina rechts.	27. März.	Erste syphilitische Erkrankung.
Fall II. Fl. Rec.-No. 1961/95.	7. November 1895. Aufnahme wegen Genitalblennorrhoe. 16. Dezember 1895. Roseola am Stamm.	13. Dezember.	Erste syphilitische Erkrankung.
Fall III. G. Rec.-No. 1766/96.	2. September 1896. Nässende Papeln an den Genitalien. Kondylomatöse Angina rechts. Roseola am Stamm und an den Extremitäten.	5. Oktober.	Erste syphilitische Erkrankung.
Fall IV. K. Rec.-No. 2565/96.	29. Dezember 1896. Nässende Papeln an den Genitalien. Kondylomatöse Angina beiderseits. Ulceröse Papeln an der Ober- und Unterlippe.	15. Januar.	Zweites Recidiv. Während des Ikterus bestanden zeitweise Magenschmerzen.
Fall V. Ko. Rec.-No. 1268/97.	20. November 1897. Beiderseitige kondylomatöse Angina.	28. November.	Drittes Syphilis-Recidiv.
Fall VI. M. Rec.-No. 1545/96.	25. Juli 1896. Lues papulosa aggregata am Stamme und an den Extremitäten.	10. August.	Viertes Recidiv.
Fall VII. H. Rec.-No. 1063/97.	14. Juni 1897. Nässende Papeln an den Genitalien. Beiderseitige kondylomatöse Angina.	16. Juni.	Erstes Recidiv. Lebergrenze etwas nach unten dislociert, starke Schmerzhaftigkeit der Lebergegend auf Druck.
Fall VIII. Kl. Rec.-No. 1168/97.	26. Juni 1897. Nässende Papeln in der Analfalte. Doppelseitige kondylomatöse Angina. Roseola am Stamm.	21. Juli.	Erste syphilitische Erkrankung. Während des Ikterus bestanden zeitweise Magenschmerzen.
Fall IX. Pr. Rec.-No. 1226/97.	3. Juli 1897. Syphilitische Papeln an den Genitalien. 14. August 1897. Kondylomatöse Angina links. 12. Oktober 1897. Recidiv der Angina.	12. Oktober.	Erstes Recidiv. Lebergrenze etwas nach unten dislociert, starke Schmerzhaftigkeit der Lebergegend auf Druck.

No.	Datum der Feststellung der syphilitischen Symptome	Datum des Hinzutritts des Ikterus	Besondere Bemerkungen
Fall X. Ka. Rec.-No. 2331/96.	12. Juli 1897. Syphilitische Papeln an den Genitalien. 4. August 1897. Syphilitische Papel an der Unterlippe.	28. August.	Erste syphilitische Erkrankung.

Wie aus diesen Fällen ersichtlich ist, trat der Ikterus keineswegs fast immer, wie das von anderen Autoren bisher beobachtet worden ist, zugleich mit dem Ausbruch des ersten Exanthems auf; dies traf eigentlich nur in Fall II zu, während in allen anderen Fällen der Ikterus erst im Verlaufe der Syphilis zum Vorschein kam und zwar in der einen Hälfte der Fälle während der ersten syphilitischen Erkrankung, in der andern während eines Recidivs. Besonders zu bemerken ist das gleichzeitige Zusammentreffen des Ikterus mit dem Exanthem und mit einem Recidiv einer kondylomatösen Angina in Fall II und Fall IX. Die Dauer des Ikterus war in den einzelnen Fällen verschieden und nicht wesentlich anders als beim katarrhalischen Ikterus, in einzelnen Fällen schwand er nach 8—10 Tagen, in anderen erst nach 3—4 Wochen. Gastrische Störungen wurden in zwei Fällen beobachtet, in denen zugleich heftige Magenschmerzen bestanden; in zwei Fällen — Fall VII und IX — wurde eine ausgesprochene Vergrößerung der Leber und starke Druckempfindlichkeit der Lebergegend konstatiert.

Daſs nun dieser Ikterus wirklich eine syphilitische Erkrankung ist, geht auch aus diesen zehn Fällen nicht mit Sicherheit hervor, wenn auch nicht geleugnet werden kann, daſs das völlig gleichzeitige Auftreten des Exanthems resp. des Recidivs der Angina mit dem Ikterus in Fall II und Fall IX die Vermutung eines Zusammenhanges beider Krankheiten nahe legen. Immerhin muſs man wenigstens an die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens der Syphilis mit einem katarrhalischen Ikterus denken. Weniger wahrscheinlich dürfte die Annahme sein, daſs die merkurielle Behandlung an sich die Ursache des Ikterus sei; obwohl wir häufig im Verlaufe einer solchen und in direkter Abhängigkeit von derselben katarrhalische Zustände des Magen- und Darmkanals auftreten sehen, die eine sehr erhebliche Intensität erreichen können. Wie schon gesagt, kann der sichere Beweis für den Zusammenhang von Ikterus mit frischer Syphilis nur durch Obduktionsbefunde erbracht werden.

Zu erwähnen wäre noch, daſs sämtliche Fälle Frauen betrafen, während in derselben Zeit auf der Männerabteilung kein einziger Fall von Ikterus im Frühstadium der Syphilis beobachtet wurde; wir halten uns jedoch

nicht für berechtigt, daraus etwa den Schluſs zu ziehen, daſs dieser Ikterus nun thatsächlich, wie das FOURNIER hervorhebt, bei Frauen häufiger ist als bei Männern, da die Frequenz der behandelten Männer auf der Station unverhältnismäſsig kleiner war.

Über die Ätiologie des Ikterus bei recenter Syphilis sind natürlich die verschiedenartigsten Ansichten ausgesprochen worden. GUBLER, dem sich später auch SENATOR[21] angeschlossen hat, nimmt als Ursache des syphilitischen Ikterus ein Exanthem des Darmes und der Gallengänge analog dem auf der äuſseren Haut und den übrigen Schleimhäuten auftretenden an, LACOMB und CORNIL[22] eine Schwellung der portalen Lymphgefäſse, CHASSART eine frühzeitig auftretende Hepatitis. MAURIAC[23] und nach ihm M. JOSEPH glauben, daſs die abgestoſsenen alten und proliferierten neuen Epithelien der hyperämischen Gallenwege den Abfluſs der Galle verhindern, während ENGEL-REIMERS das Hindernis der Fortbewegung der Galle in der Schwellung der Lymphdrüsen an der Porta hepatis sieht. Nach NEUMANN liegt dem Ikterus eine Veränderung in den Gefäſswandungen zu Grunde. Wir begnügen uns mit der Wiedergabe dieser verschiedenen Ansichten, welche natürlich nur Hypothesen darstellen, die aus Mangel an Sektionsbefunden, wie schon hervorgehoben, einer sicheren Grundlage entbehren.

Neben dieser gutartigen Form von Ikterus ist nun auch noch eine maligne Form von Ikterus im Frühstadium der Syphilis beobachtet worden, welcher intensive Veränderung des Leberparenchyms, nämlich akute gelbe Leberatrophie zu Grunde lag. Bereits im Jahre 1858 wurde von OPPOLZER[24] die akute gelbe Leberatrophie bei primärer Syphilis erwähnt, eingehender jedoch erst wieder von ENGEL-REIMERS behandelt, der die Annahme des Zusammenhanges der beiden Krankheiten durch klinische und pathologische Thatsachen zu stützen suchte. Er sah auch diesen Ikterus in der Mehrzahl der Fälle mit dem ersten Exanthem auftreten, fand die Leber beim Eintreten des Ikterus oft vergröſsert und druckempfindlich, in anderen Fällen unverändert, dabei Verdauungsbeschwerden, und während diese Symptome mehrere Tage andauerten, trat dann unter raschem Kräfteverfall, Benommenheit, Erbrechen, indem die Leberdämpfung sich von Tag zu Tag verkleinerte, schlieſslich unter Coma und Delirien der Tod ein.

SENATOR[25] hat in einem Falle, der mit einem Erysipel kompliziert war, Heilung eintreten sehen. RICHTER[26] berichtet über zwei auf der

[21] SENATOR, Über Ikterus und akute gelbe Leberatrophie. *XII. Kongreſs für innere Medizin.* Wiesbaden 1893.
[22] CORNIL, *Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de la Lourine.* 1879.
[23] MAURIAC, Syphilis secondaire du foie. *Gaz. Hebdom. de Méd. et Chir.* 1888.
[24] OPPOLZER, *Zeitschrift für Wiener Ärzte.* 1858.
[25] SENATOR, *Charité-Annalen.* 1893. pag. 322.
[26] RICHTER, *Berliner klinische Wochenschrift.* 1896. pag. 453.

III. med. Klinik der Charité beobachtete Fälle von akuter gelber Leberatrophie bei recenter Syphilis, an welchen er Stoffwechseluntersuchungen machte.[27] Goldscheider und Moxter[28] beobachteten noch einen Fall von akuter gelber Leberatrophie im Sekundärstadium der Syphilis bei einem 18jährigen Mädchen, bei welchem der Ikterus zugleich mit dem Exanthem auftrat und nach zwei Wochen unter Coma, Erbrechen und remittierendem Fieber der Exitus letalis erfolgte.

Den bisher veröffentlichten Fällen von akuter gelber Leberatrophie bei recenter Syphilis kann ein neuer auf der hiesigen Krankenstation beobachteter hinzugefügt werden:

G. G., Rec.-No. 1227/96, Puella publica, 16 Jahre alt, eine schwächliche, anämische Person, wurde am 12. Juni 1896 der Station wegen Syphilis überwiesen. Sie war angeblich früher stets gesund und bisher noch nicht infiziert gewesen. Bei der Aufnahme zeigten sich umfangreiche konfluierende und erodierte Papeln an den Genitalien und in den Inguinalfalten, Papeln am Zungenrücken und beiderseitige kondylomatöse Angina. Während der darauf eingeleiteten Schmierkur gingen die syphilitischen Erscheinungen auffallend langsam zurück, sodafs 54 Einreibungen à 3,0 g bis zum Schwinden sämtlicher syphilitischer Symptome erforderlich waren. Bald nach dem Abschlufs der antisyphilitischen Behandlung wurde bei der Kranken, welche noch zur Behandlung einer Blennorrhoe auf der Station geblieben war, eine ikterische Färbung der Haut und Schleimhäute sichtbar. In den ersten zehn Tagen hatte sie aufser geringen Schmerzen in der Magengegend keine Beschwerden, auch war der Ikterus nur in geringem Grade vorhanden. Die untere Lebergrenze ragte etwa ½ cm unter dem Rippenrande hervor, die Lebergegend war auf Druck sehr empfindlich. Etwa zwölf Tage nach dem ersten Auftreten des Ikterus, nahm derselbe plötzlich ganz bedeutend an Intensität zu, es traten Schwächegefühl, fortwährende Brechneigung und Temperatursteigerung auf, sodafs die Patientin dem städtischen Krankenhause am Friedrichshain überwiesen wurde, wo sie nach zwei Tagen unter Coma und maniakalischen Anfällen verstarb.

Das mir von Herrn Prof. Hansemann freundlichst zur Verfügung gestellte Sektionsprotokoll ergab folgenden Leichenbefund:

Ziemlich gut genährte weibliche Leiche mit stark ikterischer Farbe. Peritoneum und Mediastinum zeigt zahlreiche punktförmige Blutungen Zwerchfellstand beiderseits IV. Rippe. Herzbeutelflüssigkeit etwas vermehrt, in beiden Pleurahöhlen geringer seröser Erguſs. Auf dem Pericard kleine punktförmige Blutungen. Herz fast ganz leer, auffallend klein, ohne Veränderungen der Muskulatur. Klappen intakt. Aorta sehr eng; mifst über den Klappen 4,3 cm.

Lungen frei beweglich, im ganzen lufthaltig, doch finden sich im Unterlappen ausgedehnte blutige Infiltrationen, ähnlich einer Blutaspiration. Tonsillen vergröfsert; im übrigen Halsorgane ohne besondere Veränderungen, nur erstrecken sich die Blutungen im Bindegewebe des Mediastinums bis herauf zum Zungenbein. Epiglottis nicht anteflektiert.

Pia und Oberfläche des Gehirns stark gerötet, Substanz ödematös.

---

[27] Er stellte fest, dafs die Leber keinen Einfluſs auf die Harnstoffausscheidung ausübt; bei einem der Fälle fand er Tyrosin im Harn.

[28] Goldscheider und Moxter, *Fortschritte der Medizin*. Bd. XV. No. 14, 15. Juli 1897.

In der Umgebung der Milz einige strangförmige Verwachsungen. Milz weich, ziemlich zäh. Pulpa blafsrot, Follikel ziemlich grofs und deutlich.

Die Papilla duodenalis ist offen, Gallenblase nur wenig gefüllt, an ihren Wandungen ebenfalls punkttörmige Blutungen.

Leber sehr klein, 20 cm breit, rechter Lappen 14, linker 9 cm hoch, rechter 5, linker 2 cm dick. Konsistenz sehr weich, Farbe im ganzen dunkelrot, mit einzelnen gelben, die Form der Acini deutlich erkennen lassenden Partien. Auf dem Durchschnitt sieht man nur wenig atrophische Stellen von roter Farbe; die übrigen Partien von dunkelgelber Farbe; die Zeichnung der Acini deutlich.

Magenschleimhaut stark geschwollen und getrübt.

Die Nieren sind mit der unteren Kante miteinander verbunden, und zwar so, dafs der Hilus der linken nach vorn, der Hilus der rechten nach rechts verlagert ist. Nierenarterie der rechten Seite mündet an der oberen Spitze in die Niere, die der linken Seite ist in zwei Äste geteilt, wovon der eine hinter der Niere herumläuft und an die Oberfläche gelangt, während der andere zwischen den beiden Nierenverwachsungen hindurch nach vorn in die Niere eintritt. Auf der rechten Seite teilt sich die Arterie bald nach ihrem Abgang von der Aorta in drei Äste, wovon ein Ast ebenfalls nach vorn herüber geht und so dem nach vorn und rechts gelegenen Hilus zustrebt. Aorta mifst oberhalb des Abganges der Nierenarterie $2^1/_2$ cm, unterhalb desselben $1^1/_2$ cm.

Vagina ist sehr rauh, Epidermis verdickt. Beide Tuben stark erweitert, geschlängelt, mit grünlichem Eiter gefüllt. In der Umgebung des Uterus und der Tuben zahlreiche Verwachsungen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte das typische Bild der akuten gelben Leberatrophie, der gröfste Teil des Leberparenchyms war geschwunden, zwischen den noch erhaltenen Leberzellen befand sich ein ziemlich kernreiches Stroma.

Spezifisch syphilitische Veränderungen, zumal Schwellung der Lymphdrüsen, wurden bei der Sektion nicht konstatiert.

Nach Abschlufs der Arbeit kam noch ein zweiter Fall von malignem Ikterus bei einer Person, welche Syphilis durchgemacht hatte, zur Beobachtung:

E. B., No. 2772/98, wurde im Jahre 1896 zweimal und im Jahre 1897 einmal an syphilitischen Frühformen merkuriell behandelt. Am 3. März d. J. wurde sie zur Behandlung einer Blennorrhoe der Genitalien der Station überwiesen und zeigte zugleich eine ausgesprochene ikterische Färbung der Haut und Schleimhäute, welche seit dem 23. Februar bestehen sollte. Die Lebergegend war auf Druck aufserordentlich schmerzhaft, die Lebergrenze normal; einige Tage später trat heftiges Erbrechen auf, der Ikterus wurde stärker, desgleichen die Schmerzhaftigkeit des Abdomens, sodafs die Überführung in das städtische Krankenhaus am Friedrichshain erfolgen mufste, wo nach wenigen Tagen der Exitus letalis eintrat. Die Sektion ergab akute gelbe Leberatrophie, irgend welche Veränderungen syphilitischer Natur wurden bei derselben nicht gefunden, auch keine anderen ätiologischen Momente für das Leberleiden eruiert.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Behrend, für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Aus der Praxis.

Benzoesäure, ein schimmelverhütendes Mittel für leim- und stärkehaltige Substrate (Gelanthum).

Von

Dr. Paul Runge.

Die auf Veranlassung von Herrn Dr. Unna vor nunmehr drei Jahren im Laboratorium der Schwanapotheke zu Hamburg unternommenen Versuche zur Herstellung eines möglichst allen Anforderungen genügenden wasserlöslichen Hautfirnisses fanden derzeit mit der Darstellung des Gelanthums ihren Abschluſs. Dieses Präparat war durch Kombination zweckentsprechender Mengen von zum Teil verflüssigter Gelatine mit sorgfältig gequollenem Traganth unter Zusatz von Glycerin gewonnen. Daſs eine solche Mischung einen geeigneten Nährboden für Schimmelpilze bilden müsse, war voraussichtlich und wurde sehr bald bestätigt gefunden. Um diesem Übelstand abzuhelfen, wurde nun der fertigen Mischung im Verhältnis 1 : 5000 Thymol zugesetzt und dadurch eine Schimmelbildung auch richtig verhütet. Es war anzunehmen, daſs ein so minimaler Thymolzusatz ohne irgend welche reizende Einwirkung auf die Haut sein werde. Vielfache Anwendung des in dieser Weise haltbar gemachten Präparates in der Klinik des Herrn Dr. Unna sowie in dessen Privatpraxis, wie auch seitens einer groſsen Anzahl anderer Ärzte ohne irgend welche gegenteilige Beobachtungen schien diese Annahme auch zu rechtfertigen, bis vor etwa einem halben Jahre Herr Dr. Unna in mehreren Krankheitsfällen konstatieren konnte, daſs dennoch solches mit Thymol 1 : 5000 versetzte Gelanthum reizende Nebenwirkungen besaſs. Herr Dr. Unna veranlaſste mich daraufhin, einen das Thymol in Bezug auf seine Schimmelbildung verhütenden Eigenschaften ersetzenden Körper ausfindig zu machen, der selbst auf empfindlichste Haut ohne Reizwirkung ist. Ich habe demzufolge eine gröſsere Anzahl hier in Betracht kommender Substanzen diesbezüglich geprüft und hierbei gefunden, daſs von diesen der Benzoesäure der Vorzug zu geben ist. Ich gebe nachstehend die Resultate dieser Versuche tabellarisch zusammengestellt wieder:

		Nach 14tägigem Stehen:
Reines Gelanthum		dichter, ca. 1½ □cm grofser Filz von Schimmel.
Reines Gelanthum	mit Benzoesäure ... ½%	nichts.
	„ „ ... 1‰	desgl.
	„ Borsäure ..... ½%	über die ganze Oberfläche verteilt dicht gesäte Kolonien von Schimmel.
	„ „ 1%	wie vorstehend, nur weniger dicht verteilt.
	„ Chinosol ..... 1‰	schwacher, kalkmähnlicher Überzug.
	„ „ ..... ½%	wie vorstehend, bedeutend geringer.
	„ Thymol... 1:10000	nichts.
	„ „ ... 1: 5000	desgl.
	„ Zinc. oxyd. ... 1‰	nichts.
	„ „ „ 1%	sehr vereinzelte, äufserst kleine Kolonien von Bacillen.
	„ Zinc. sulfocarb. ½%	zahlreiche, gut entwickelte Kolonien von Schimmel.
	„ „ „ 1%	gut entwickelte, weniger dicht verteilte Kolonien.

Die Tabelle zeigt, dafs Zincum sulfocarbolicum und Borsäure fast ohne Einwirkung auf das Wachstum der Schimmelpilze sind, dafs Chinosol dieses allerdings stark beeinträchtigt jedoch nicht ganz verhindert ebenso wie Zinkoxyd, während Benzoesäure und Thymol völlig gleichwertig jedes Wachstum der Pilze hindern.

Die Ausführung der Versuche geschah in der Weise, dafs zunächst reines Gelanthum so lange unbedeckt stehen gelassen wurde, bis es sich mit einem dichten Filz von Schimmelpilzen (Mucor- und Penicilliumarten) bedeckt hatte. Dieser Filz wurde abgehoben, zerteilt und nun davon auf die in Glasschälchen befindlichen verschiedenen Gelanthmischungen je eine geringe Quantität geimpft. Die bedeckten Schälchen liefs ich dann bei einer Temperatur von 15—20° zur Beobachtung stehen.

Herr Dr. Unna hatte die Freundlichkeit, Proben der verschiedenen Mischungen nach etwa dreiwöchigem Stehen mikroskopisch zu prüfen, und fand hierbei, dafs sämtliche Mischungen mit Ausnahme der mit Benzoesäure versetzten neben Schimmelpilzen zahlreiche Sporen enthielten, die teils geplatzt, teils im Auskeimen begriffen waren. Das mit Zinkoxyd versetzte Gelanthum enthielt aufserdem Bacillen.

Es zeigt sich also aus den Versuchen, dafs Benzoesäure selbst in einer Verdünnung 1:1000 auf die Entwickelung von Schimmelpilzen absolut hemmend einwirkt und daher wohl mit Recht den schimmelverhütenden Mitteln in erster Reihe zuzurechnen ist. Dafs Benzoesäure selbst auf sehr empfindliche Haut in dieser Koncentration ohne Einflufs ist, geht schon daraus hervor, dafs bereits seit vielen Jahren mit der zehnfach stärkeren Menge, nämlich 1% Benzoesäure versetztes Fett und Öl allgemein in der Dermatotherapie verwendet wird, ohne dafs deren Gebrauch Reizwirkungen im Gefolge hat, resp. dafs solche infolgedessen

beobachtet wären. Herr Dr. UNNA hat mit $^1/_8$% Benzoesäure versetztes Gelanthum verschiedentlich in solchen Fällen zur Anwendung bringen lassen, wo der Thymolzusatz 1 : 5000 nicht vertragen worden war, und hat hier Reizerscheinungen irgend welcher Art nicht konstatieren können.

Es scheint sich nach dem Gesagten wohl zu empfehlen, die Benzoesäure als schimmelverhütendes Mittel[1] allgemeiner zur Anwendung zu ziehen und sie eventuell auch bezüglich ihrer antibakteriellen Wirkungen einmal eingehender zu prüfen. Es wäre immerhin möglich, dafs wir in diesem Körper ein Mittel besitzen, welches auch in der Therapie der Infektionskrankheiten eine gröfsere Rolle zu spielen berufen ist.

[1] Vielleicht auch an Stelle der im Haushalt so viel zur Anwendung gelangenden Salicylsäure, die in ihrer Wirkung auf den Organismus gewifs nicht so harmlos ist wie die Benzoesäure.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 13./25. März 1898.

(Originalbericht von ARTHUR JORDAN-Moskau.)

1. GLAWSCHE demonstriert einen Kranken mit **essentiellem Ödem der Haut**. Der 22jährige, von einem Potator abstammende Patient ist Bäcker und leidet seit $3^1/_2$ Jahren an Schwellungen der Füfse, welche ihn bereits seit $1^1/_2$ Jahren arbeitsunfähig machen. Die unteren Extremitäten sind vergröfsert, prall gespannt, sodafs auf Fingerdruck nur eine unbedeutende Grube zurückbleibt, cyanotisch. Der Urin erwies sich trotz mehrfacher Untersuchung immer frei von Eiweifs. Spez. Gew. 1025. Geringe Arteriosklerose. Innere Organe und Nervensystem normal.

Diskussion. SAWZILLO (Gast) sieht das Ödem als Folge der Arteriosklerose und der stehenden Beschäftigung an. Bei dem essentiellen Ödem der Haut finden sich keine arteriosklerotischen Veränderungen. — GLAWSCHE sieht die Arteriosklerose nicht für ausreichend an, ein derartiges Ödem hervorzurufen. — POSPELOW glaubt, dafs die verschiedenen genannten Umstände zusammen das Ödem hervorgerufen haben.

2. FOKIN stellt eine 35jährige Bäuerin mit einem **Keratoma symmetricum plantarum et palmarum acquisitum** vor, welche seit ca. 7 Monaten krank zu sein angiebt. Die beiden Fufssohlen zeigen identische und symmetrisch angeordnete Veränderungen folgender Art: Die Haut der Fufssohlen ist trocken, verdickt und zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung mächtige Hornauflagerungen, welche die Oberfläche rauh und höckrig machen. Die einzelnen Höcker sind voneinander durch Furchen getrennt, von denen einzelne die Haut in ihrer ganzen Dicke durchsetzen. Die schmutzig graugelben Hornschwarten sind von derber Konsistenz. Die Nägel sind deutlich deformiert. Die Handflächen zeigen ähnliche, aber schwächer ausgeprägte Veränderungen. Die übrige Haut ist normal.

3. SHIWULT führt im Namen des Chirurgen DERUSHINSKI einen luetischen Patienten

vor, bei dem die **Rhinoplastik** mit vorzüglichem Erfolge gemacht ist. Lyssenkow (Gast) zeigt Photographien anderer, ebenso operierter Patienten desselben Arztes.

4. Frau Dr. Archangelskaja (Gast) spricht **über Veränderungen der Geschlechtssphäre bei den Prostituierten.** Die Untersuchungen betreffen 1083 Prostituierte, von denen 1011, also die überwiegende Mehrzahl, im Alter von 15—30 Jahren standen und nur der Rest älter waren. Die meisten Prostituierten gaben an, vor dem 15. Lebensjahr defloriert worden zu sein, also zu einer Zeit, wo sie sich über den Geschlechtsakt noch gar nicht klar waren. Die Opfer dieses Gewerbes gehören allen Ständen an, wenn auch infolge des gröfseren Bildungsmangels der bäuerische überwiegt. Von diesen Prostituierten hatten 50% Syphilis, 15% Ulcera mollia und 29% Tripper. Als Folgen dieser Erkrankungen und vor allem als Folge des Trippers erwiesen sich 58% behaftet mit den verschiedensten Genitalleiden, wie Lageveränderung des Uterus, Tubenentzündung etc. Hierauf, wie ferner auf den ständigen Alkoholmifsbrauch und die Excesse in der Kohabitation ist es zurückzuführen, dafs 87% der Prostituierten unfruchtbar sind.

5. Ischlenow (Gast) spricht über **Veränderungen der weifsen Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten.** Nach einer genauen litterarischen Übersicht berichtet Vortragender über seine Untersuchungen des Blutes bei 30 Hautkranken. Er fand 1. dafs die eosinophilen Zellen vermehrt waren bei Eccema chronicum, Pemphigus, Lupus vulgaris, Sklerodermie etc. und 2. dafs die basophilen Zellen bei gesunden Menschen höchst selten sind, dagegen bei Hautkranken recht oft im Blut vorkommen.

Diskussion: Orlow vermifst genauere Angaben über den sonstigen Zustand der angeführten Kranken; über etwaiges Fieber etc. Pospelow hält die Anzahl der untersuchten Fälle für eine zu kleine, um allgemeine Schlüsse ziehen zu können.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII, Heft 12.

Sequester als Fremdkörper in der Harnröhre, von S. Grosglik. Der Patient erkrankte vor 9 Monaten mit Ausfluſs aus der Harnröhre und Schmerzen beim Urinieren, nachdem er plötzlich nachts unmittelbar nach einem bei seiner Frau ausgeübten Beischlaf Schmerz in der Harnröhre verspürt hatte. Nach langer vergeblicher Behandlung wies endlich Verfasser mittelst Sondenuntersuchung einen Fremdkörper in der Harnröhre nach, der sich in Narkose mit dem scharfen Löffel entfernen liefs und sich als ein gut bohnengrofser Sequester erwies. Nach der Entfernung des Fremdkörpers war Patient rasch geheilt. Die Anamnese ergab nun, dafs Patient vor 12 Jahren eine multiple Osteomyelitis unter anderem auch des Beckens durchgemacht hatte, von der anderweitig noch Narben zu sehen sind. Diese mufs zur Verlötung von Blase oder Harnröhre mit dem betreffenden Knochen geführt haben, sodafs der Sequester in die Blase oder direkt in die Harnröhre gelangen konnte. Sequester sind selten in der Blase gefunden, gelegentlich findet man sie als Kerne von Blasensteinen. Knochensplitter finden sich gelegentlich nach Traumen (Beckenbruch, Schufsverletzung) bei durchgebrochener Extrauterinschwangerschaft oder Dermoidcyste.

Über artificielle Miktionsspermatorrhoe, von Friedr. Dommer. Verfasser sah zweimal nach Dehnung und Spülung der hinteren Harnröhre im Spülwasser zähe Schleimklumpen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als aus Spermatozoen bestehend erwiesen.

Zwei verbesserte Kreisel-Harn-Centrifugen, von H. Wossidlo. Verfasser schildert zwei von ihm ausprobierte Centrifugen, die sich durch denkbar geringsten Raumanspruch und absolute Geräuschlosigkeit auszeichnen. Sie brauchen nicht angeschraubt zu werden.

Ulcera tuberculotica introitus vaginae, von A. Havas. Bei einer jungen Prostituierten traten am Scheideneingang kleine mäfsig vertiefte, mit gelbem Detritus bedeckte, mit unterminiertem Rande versehene Geschwüre auf; die Basis war nicht infiltriert, die Umgebung nicht entzündet, im Geschwürsrand kleine graugelbliche Knötchen. Die per exclusionem gestellte Diagnose auf Ulcera „tuberculotica" wurde durch den Nachweis einzelner Tuberkelbacillen bestätigt. Auch der Verlauf bekräftigte die Diagnose, denn es trat bald Hämoptoe auf, und die Tuberkulose der Lungen wurde nachgewiesen. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

III. Band, 2. Heft.

Über Leukoplakia vesicae, von H. Lohnstein. Intra vitam ist die Leukoplakia vesicae dreimal erkannt von Cabot, Hallé und Brik-Dittel, aber hier erst nach operativer Eröffnung der Blase. Cystoskopisch wurde die Veränderung diagnostiziert in zwei Fällen von Brik. Einen weiteren teilt Verfasser mit. Ein 56jähriger Patient, der viele langdauernde Blennorrhoen durchgemacht, leidet seit neun Jahren an starkem Harndrang, Schmerzen am Beginne und am Schlusse der Harnentleerung. Cystoskopisch findet man: 1. netzartig angeordnete Muskelbalken; 2. Divertikelöffnung in der Nähe der Ureteröffnungen; 3. varicellenartige Gebilde um die Ureterenwandungen mit centraler, hellgelber Delle, hochrotem aufgeworfenen Rand. In der Gegend des Trigonum fleckförmige und strichförmige, meist querverlaufende Flecken von weifser Farbe; 4. starke, stellenweise polypenartige Emporwölbung der Prostata. — Es bestanden hier also beide Formen von Blasenleukoplakie, die flächenhafte und die varicellenartige, nebeneinander. Die Beschwerden waren aber weniger durch diese Veränderung bedingt als durch die Anomalie der Prostata, denn die nach vielen vergeblichen Versuchen einer medikamentösen Behandlung wiederholt ausgeführte Bottinische Operation mittelst galvanokaustischer Zerstörung milderte die Schmerzen erheblich, weniger den Harndrang. Durch lange fortgesetzte Lokalbehandlung (Blasenspülungen) hofft Verfasser eine weitere Besserung zu erzielen; schon jetzt ist durch diese eine Aufklärung des trüben, eiterigen Urins erzielt.

Über Formaldehyd im Harn nach Urotropingebrauch, von Albert Citron. Leicht ist es im Harn nach dem Einnehmen von Urotropin dasselbe nachzuweisen. Man träufelt den Urin tropfenweise in gesättigtes Bromwasser und erhält einen gelben Niederschlag. Oder man kocht mit einigen Tropfen einer verdünnten Säure, wodurch Formaldehyd frei wird, welches man mittelst Resorcinnatronlauge nachweist; es entsteht ein roter Farbstoff. Man erhält diesen sehr schön, wenn man einen mit Resorcinnatronlauge getränkten Wattebausch auf das Reagensglas legt. Das Formaldehyd als solches im Urotropinharn nachzuweisen ist schwerer; es gelingt nur bei saurem Urin, der übrigens stets durch Tierkohle vor der Prüfung geklärt werden mufs. Ob es wirklich reines Formaldehyd ist, läfst sich bei dem Fehlen des charakteristischen

Geruches bezweifeln; vielleicht ist es eine Natronverbindung. Aus diesen Befunden muſs für die Praxis der Schluſs gezogen werden, daſs man, wo durch Urotropin stark antiseptischer Urin erzielt werden soll, dafür sorgen muſs, daſs der Urin sauer ist, da nur in einem sauren Urin Formaldehyd abgespalten wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 1—3.

1. **Chirurgische Behandlung der Harnverhaltung bei Prostatikern**, von Rochet. Verfasser stellt als Grundsatz auf, daſs die Behandlung der Harnverhaltung bei Prostatikern durch chirurgische Eingriffe nur dann eingeleitet werden darf, wenn die Behandlung mit Sonden versagt. Er teilt die chirurgischen Methoden in 2 Klassen: 1. solche, die das Hindernis selbst angreifen, entweder durch Abtragung, Zerstörung desselben an Ort und Stelle oder dadurch, daſs Atrophie desselben herbeigeführt wird; 2. solche, die ohne Rücksicht auf das Hindernis den Urin von den undurchgängig gewordenen natürlichen Wegen ableiten. — Zur ersten Gruppe gehören: die Galvanokauterisation, die Prostatektomie über dem Schambein, die perineale Drainage, endlich die doppelseitige Kastration und die Vasektomie. Die Galvanokauterisation hält Verfasser für eine unschädliche, aber wenig wirksame Methode, weil sie keine genügende und dauernde Erweiterung zu bewirken scheint. — Die Prostatektomie über dem Schambein hat die widersprechendsten Beurteilungen in Bezug auf Ausführbarkeit und Wirksamkeit erfahren. Dies erklärt sich daraus, daſs sie nur am Platze und von Erfolg gekrönt ist bei umschriebenen, beweglichen, auf den Blasenhals beschränkten Wucherungen der Prostata oder bei einzelnen, die Pars prostatica der Urethra einengenden Lappenvergröſserungen, nicht aber bei einer totalen Hypertrophie. Diese Fälle sind jedoch selten und klinisch kaum zu diagnostizieren. — Die perineale Drainage, wie sie ursprünglich angegeben wurde, besteht aus dem perinealen Harnröhrenschnitt mit nachfolgender direkter Dilatation der Harnröhre, hierauf Einlegen eines Drains oder einer Metallkanüle, die bis in die Blase reichen. Da sich jedoch der Drain leicht verschiebt, stark reizt, oft auch Infektion der Wunde bewirkt, so läſst ihn der Verfasser ganz weg, dilatiert aber dafür mit Hülfe eines eigens konstruierten Dilatators hoch hinauf und dehnt die Pars prostatica und das Orificium vesicale der Urethra so stark, daſs man einen Finger ohne jeden Widerstand einführen kann. Die entstehende Inkontinenz geht nach einigen Wochen zurück. Verfasser rühmt diese Methode sehr, wenngleich sie nur eine Palliativoperation ist; die guten Erfolge haben ihn veranlaſst, Versuche mit forcierter Dilatation der Urethra ohne Harnröhrenschnitt zu machen; über die Resultate kann er noch nichts mitteilen. Die perineale Drainage hat noch den Vorteil, daſs, wenn isolierte Wucherungen, einzelne vergröſserte Lappen der Prostata vorhanden sind, diese vom Perineum aus mit der Curette entfernt werden können. — Die doppelseitige Kastration hat Verfasser nie ausgeführt, er nennt sie einen barbarischen, unchirurgischen Eingriff. Über die doppelseitige Vasektomie kann er sich noch kein festes Urteil bilden, er glaubt jedoch nicht, daſs sie Atrophie der Prostata bewirkt. — Die Methoden, die mit Umgehung des Hindernisses den Urin einfach ableiten, sind: 1. Drainage der Blase im Hypogastrium, 2. Anlegung einer Blasenfistel über dem Schambein. Die erstere Operation wird mit Hülfe von Abbildungen ausführlich beschrieben: es handelt sich um einfache Punktion der Blase, wobei mit dem Troikart ein Drain eingeführt wird, der liegen bleibt. Der Drain kann natürlich jederzeit entfernt werden, die Methode ist daher bei vorübergehender Retention indiciert. Ein Nachteil der Operation ist es, daſs sich bei längerem Liegen des Drains leicht Harninfiltrationen, Abscesse und

Nekrosen bilden; aufserdem wird der Drain oft durch schleimige Massen, Pseudomembranen, wie sie bei Blasenkatarrhen vorkommen, sowie durch Phosphatniederschläge verstopft. — Die Anlegung einer Blasenfistel endlich hält Verfasser für eine schwere Operation, die nur gemacht werden sollte, wenn alle anderen Methoden versagen; sie ist indiciert bei stark ausgedehnter, mit Eiter gefüllter Blase. Die Mortalität bei diesem Eingriff ist sehr grofs, da es sich meist um sehr heruntergekommene Individuen handelt. Andererseits ist die plötzliche Entleerung und das rasche Zusammenfallen der Blase bei dieser Operation an und für sich eine Gefahr und im stande, schwere Zufälle hervorzurufen, besonders Blutungen mit tödlichem Ausgang.

2. **Experimentelle und klinische Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Operationen am Hoden und seinen Adnexen,** von Albarran und Motz. Der erste Teil der Arbeit behandelt die doppelseitige Kastration. Es wurden Versuche an Hunden, Pferden und Stieren angestellt, und es zeigte sich, dafs die Operation bei all' diesen Tieren eine mikroskopisch deutlich zu Tage tretende Atrophie der Prostata bewirkt; bei Hunden und Pferden war auch das Volumen der Prostata bedeutend verkleinert, während die Prostata des Ochsen ebenso grofs ist wie die des Stieres. Das Alter der Tiere hatte auf das Resultat keinen Einfluſs. — Die klinischen Beobachtungen bei Menschen haben ergeben, dafs doppelseitige Kastration, die in der Jugend aus irgend einem Grunde gemacht wurde, die Entwickelung der Prostata hemmt. Histologische Untersuchungen darüber liegen nicht vor. — Histologische Untersuchungen der Prostata von Menschen, bei denen wegen Hypertrophie derselben die doppelseitige Kastration gemacht worden war, liegen nur wenige vor. Keine derselben zeigt eine wirkliche Atrophie. Die Zeit zwischen Operation und Autopsie betrug in den einzelnen Fällen 2 Tage bis 8 Monate, in 1 Falle 14 Monate. Diese Beobachtungen beweisen nicht viel; sie sind gröfstenteils nicht ausführlich genug, auch ist ihre Zahl zu gering. — Zu Beginn ihrer klinischen Studie über die Resultate der doppelseitigen Kastration heben die Verfasser mit Recht hervor, wie verschieden die Symptome bei Prostatahypertrophie überhaupt und wie veränderlich sie bei einem und demselben Falle sind, und dafs diese Verschiedenheit und Veränderlichkeit bei der Beurteilung der Wirkung der Operationen sehr zu berücksichtigen ist, dafs man also nicht einfach von Besserungen oder Heilungen sprechen dürfe, sondern die Einzelheiten vor und nach der Operation genau anführen müsse. Das ist aber in sehr vielen Fällen nicht geschehen. — Die Verfasser haben alle Fälle, die hinlänglich genau beschrieben sind oder die ein besonderes Interesse bieten, in 4 Tabellen zusammengestellt. Diese enthalten: 1. die Fälle von Prostatahypertrophie mit Dysurie ohne Retention; 2. die Fälle mit akuter Retention; 3. die Fälle mit chronischer inkompleter Retention; 4. die Fälle mit chronischer kompleter Retention. Die Wirkungen der Operation werden eingeteilt 1. in Wirkungen auf die Blase, 2. in Wirkungen auf die Prostata. Aus den Tabellen ergiebt sich nun, dafs durch die Operation im allgemeinen das Volumen der hypertrophischen Prostata verkleinert und die Konsistenz weicher wird, und zwar zunächst durch Verminderung der Blutfüllung in der Prostata und erst später durch wirkliche Atrophie. Daher treten die Erfolge am raschesten bei denjenigen Fällen zu Tage, bei denen Kongestionszustände die Hauptrolle spielen, das sind die Fälle mit Dysurie und akuter Retention; diese zeigen oft schon wenige Tage, stets aber wenige Wochen nach der Operation bedeutende Besserung. Die Atrophie beginnt erst nach ca. 6 Monaten und später und macht oft noch nach 1—2 Jahren Fortschritte. In einigen Fällen blieb die Atrophie vollständig aus. — Was die Wirkung der Operation auf die Blase betrifft, so finden sich die meisten und raschesten Erfolge bei Hypertrophie mit Dysurie und akuter Retention: spontane schmerzlose Urinentleerung trat oft mit überraschender Schnelligkeit auf,

ebenso besserte sich bestehende Cystitis rasch. Auch bei chronischer kompleter und inkompleter Retention sind günstige Erfolge zu verzeichnen: 90 Fälle ergeben neben 14 Todesfällen 9 Mifserfolge, 28 Besserungen, 39 Heilungen. Spontane Urinentleerung erfolgte in einigen Fällen wenige Tage, gewöhnlich einige (3—8) Wochen nach der Operation. Auf das Resultat hatte weder die Dauer der Retention vor der Operation Einfluſs, noch die Form der Hypertrophie (weiche oder harte). Die erzielten Erfolge sind neben der Volumenverminderung der Prostata der nach der Operation vermehrten und verbesserten Kontraktilität der Blase zuzuschreiben. — Die groſse Mortalität (18 Todesfälle bei 124 Fällen) wird durch den Umstand erklärt, daſs viele Kranke bereits mit schwerer Nieren- oder Allgemeininfektion zur Operation kamen. Die nach der Operation manchmal auftretenden psychischen Störungen verlieren sich rasch. — Zufolge dieser Beobachtungen erscheint die doppelseitige Kastration indiciert bei Prostatahypertrophie mit chronischer kompleter oder inkompleter Retention, wenn diese nicht „durch methodisch ausgeführte Katheterisation zur Heilung gebracht werden kann. Die Operation ist kontraindiciert, wenn renale oder allgemeine Infektion besteht, ferner, wenn die Retention durch einen in die Blase vorspringenden isolierten Lappen der Prostata hervorgerufen wird; bei den letzteren Fällen ist die Prostatektomie am Platze. Bei Hypertrophie mit Dysurie oder akuter Retention kommt die doppelseitige Kastration erst dann in Frage, wenn die üblichen, nicht operativen Behandlungsmethoden versagen. — Die Beobachtungen und Erfahrungen bei einseitiger Kastration ergeben nur das eine feststehende Resultat, daſs durch die Operation die Kongestionszustände in der Prostata und Blase vermindert oder beseitigt und infolgedessen die funktionellen Symptome in der ersten Zeit nach der Operation gebessert werden. Die betreffenden Fälle sind jedoch nicht genau genug beschrieben und wurden nicht lange genug beobachtet. — Die Resektion der Vasa deferentia ergiebt in Bezug auf die Blase bei Hypertrophie mit Dysurie und akuter Retention ebenso günstige Resultate wie die doppelseitige Kastration, bei Fällen mit chronischer kompleter oder inkompleter Retention dagegen sind die Resultate bedeutend ungünstiger: unter 28 Fällen neben 6 Todesfällen 11 Mifserfolge, 5 Besserungen, 6 Heilungen. Bezüglich der Wirkung auf die Blase kann mit Sicherheit nur eine rasch eintretende, durch Beseitigung der Kongestionszustände bewirkte Volumenverminderung konstatiert werden; eine Beobachtung, daſs sich eine wirkliche fortschreitende Atrophie entwickelt, liegt dagegen nicht vor. Wohl aber hat Guyon in einem Falle, bei dem $1^1/_2$ Monate nach der Resektion der Vasa deferentia eine deutliche Verkleinerung der Prostata eingetreten war, $2^1/_2$ Jahre später eine bedeutende Vergröſserung konstatieren können. Auch eine dauernde günstige Beeinflussung der Kontraktilität der Blase wurde bis jetzt nie konstatiert. — Die Resektion eines Vas deferens kann vielleicht ebenfalls bestehende Kongestionszustände günstig beeinflussen, hat aber keine praktische Bedeutung, ebensowenig die Ligatur oder Resektion des Samenstrangs, weil dadurch zumeist Gangrän des Hodens bewirkt wird. — Unter dem Namen Angionevrektomie des Samenstranges haben die Verfasser im Jahre 1897 eine neue Operation zur Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie beschrieben. Diese besteht darin, daſs das Vas deferens, die Arteria deferentialis und 1 oder 2 Venen aus dem Samenstrang isoliert, der Rest desselben doppelt unterbunden und ein Stück reseciert wird. Die so erzielte Beschränkung der Cirkulation soll Atrophie der Hoden und damit Atrophie der Prostata bewirken. Bei 4 Hunden, die 3—4 Monate nach der Operation getötet wurden, war Atrophie der Hoden und makroskopisch wie mikroskopisch nachweisbare Atrophie der Prostata zu konstatieren. Die doppelseitige Angionevrektomie wurde von den Verfassern bei 3 Prostatikern ausgeführt: 1 starb infolge von Infektion, bei den beiden anderen,

bei denen chronische inkomplete Retention vorhanden war, trat sehr rasch eine geringe Verkleinerung der Prostata, aber in den ersten 6 Wochen nach der Operation keine Verkleinerung des Urinresiduums in der Blase ein. Die Zeit ist jedoch zu kurz, als daſs von einem definitiven Resultate die Rede sein könnte. Die Verfasser werden später über den weiteren Verlauf berichten. — Zufolge der angeführten Beobachtungen erscheint den Verfassern bei Hypertrophie mit Dysurie und akuter Retention eine Operation erst dann indiciert, wenn methodische Katheterisierung bezw. Dauersonde versagen und chronische Retention in sicherer Aussicht steht. Direkt indiciert ist eine Operation bei chronischer Retention. Die einzige Operation, von der wir mit einiger Sicherheit Atrophie der Prostata erwarten können, ist die doppelseitige Kastration. Ob die doppelseitige Angionevrektomie gute Resultate ergeben wird, steht noch dahin.

3. **Über harnsaure Pollakiurie**, von Kraus. Dieulafoy hat zuerst den Namen Pollakiurie für einen Zustand gebraucht, in dem das Bedürfnis zu urinieren häufiger auftritt und demgemäſs häufiger befriedigt wird, als dies normaler Weise der Fall ist. Kraus will zum Thema der Pollakiurie 3 Fälle mitteilen, die er unter dem Namen harnsaure Pollakiurie zusammenfaſst. Im ersten Teile seiner Arbeit (No. 12 der *Annales*, 1897) befaſst er sich in sehr eingehender und instruktiver Weise mit der Physiologie der Harnentleerung, im zweiten Teile mit der Pathologie. Hier werden die verschiedenen Ursachen, die ein häufigeres Bedürfnis zu urinieren hervorrufen, aufgezählt und geschildert. — In den erwähnten 3 Fällen nun konnte der Verfasser keine andere Ätiologie für die Pollakiurie finden als die Ausscheidung auſserordentlich zahlreicher Harnsäurekrystalle im Urin. Der erste Fall betraf einen 70jährigen Arthritiker, der einige Monate vorher eine Cystitis durchgemacht hatte, die jedoch vollständig ausgeheilt war. Pollakiurie bei Tag und Nacht, im Gehen wie im Sitzen oder Liegen; das Bedürfnis zu urinieren kam etwa stündlich. Keine Prostatahypertrophie, keine Striktur, kein Geschwür, Tumor oder Stein in der Blase. Im Urin enorm zahlreiche Harnsäurekrystalle. Diese und mit ihnen zugleich die Pollakiurie waren nach 14tägiger Kur in Karlsbad geschwunden. Beides kam in den folgenden Jahren mehrmals wieder und wurde durch den Gebrauch alkalischer Wässer stets prompt beseitigt. — Der zweite Fall betraf einen 58jährigen Diabetiker mit geringer Zuckerausscheidung. Im Urin sehr zahlreiche Harnsäurekrystalle. Es bestand nahezu ununterbrochenes Bedürfnis zu urinieren, besonders nachts. Mäſsige Hypertrophie der Prostata. Unter dem Gebrauche der Karlsbader Wässer schwand die Ausscheidung der Harnsäurekrystalle, sowie die Pollakiurie. So oft diese beiden Symptome wieder auftraten, wurden sie durch eine Kur in Karlsbad prompt beseitigt. — Im dritten Falle handelte es sich um einen 35jährigen Neurastheniker, der wegen Ausscheidung sehr zahlreicher Harnsäurekrystalle nach Karlsbad kam. Urogenitalapparat vollkommen normal. Pollakiurie bestand nur bei Tage und zwar war sie sehr unregelmäſsig; Patient muſste in 1 Stunde oft 3—4 mal urinieren, oft in 2 Stunden gar nicht. Die Pollakiurie verschwand auch in diesem Falle zugleich mit den Harnsäurekrystallen unter dem Gebrauch der Karlsbader Wässer, während sich die nervösen Erscheinungen noch bedeutend steigerten. — Obwohl nun in diesen drei Fällen die Pollakiurie stets zugleich mit vermehrter Ausscheidung von Harnsäurekrystallen auftrat und wieder verschwand, kann sie doch nicht durch diese allein veranlaſst sein. Es scheiden ja auch viele gesunde Menschen, ebenso wie fiebernde Kranke abnorm viele Harnsäurekrystalle aus, ohne an Pollakiurie zu leiden. Nun hatte im ersten Falle der Patient kurz vorher eine Cystitis überstanden, im zweiten Falle lag Prostatahypertrophie, im dritten Neurasthenie vor. Der Verfasser zieht daraus folgenden Schluſs: Wenn bei einem Menschen die Reizbarkeit der Blase gesteigert ist, sei es durch allgemeine

Neurasthenie, sei es infolge von Prostatahypertrophie oder infolge vorausgegangener entzündlicher Prozesse oder auch aus anderen Ursachen, kann Ausscheidung abnorm zahlreicher Harnsäurekrystalle Pollakiurie bewirken. Mit dem Schwinden der Krystalle schwindet auch die Pollakiurie.

4. **Klinische und experimentelle Studien über die infektiösen Krankheiten der Harnwege**, von Rovsing. (1897 Heft 9—12, 1898 Heft 2—3.) Im Anschluſs an seine im Jahre 1889 erschienene Studie „Ätiologie, Pathogenie und Therapie der Cystitis" bespricht der Verfasser gestützt auf 126 selbst beobachtete Fälle in sehr ausführlicher Weise die infektiösen Krankheiten der Harnwege. Der Verfasser, dessen Ansichten über Cystitis im Widerspruch stehen mit denen der Guyonschen Schule, geht in seinen Beobachtungen vollkommen systematisch vor: die Reaktion des Urins wird gleich nach der Entleerung und nach längerem Stehen in sterilen Gefäſsen geprüft; die bakterielle Diagnose wird gestellt auf Grund der Resultate angelegter Kulturen und direkt nach der Urinentleerung hergestellter Farbpräparate; die cystoskopische Untersuchung wird in allen Fällen angewendet, wo auch nur der geringste Zweifel bezüglich der Diagnose vorhanden ist; auch der Weg, auf dem die Infektion zu stande kommt, Verlauf, Differentialdiagnose, Prognose und Behandlung werden eingehend berücksichtigt. — Die Krankheiten werden in 4 Gruppen geteilt: 1. Bakteriurie, 2. Pyelitis ohne Cystitis, 3. Pyelitis mit Cystitis, 4. Cystitis. Der Verfasser weist nach, daſs Bakteriurie und Pyelitis ohne Cystitis ausschlieſslich durch Bacterium coli, das auch im Darme gesunder Menschen vorkommt, verursacht wird, daſs dieses zumeist vom Darm aus durch den Blutkreislauf in die Nieren gebracht wird und mit Hülfe einer Blutung oder einer wenn auch minimalen Entzündung in den Urin übergeht, daſs die so entstandenen Affektionen, natürlich abgesehen von den vorhandenen Komplikationen, stets leichter Natur sind und gute Prognose haben. Selbst wenn groſse Mengen von Bacterium coli jahrelang im Urin vorkommen, wird die Blasenschleimhaut nie angegriffen, ebensowenig das Nierenparenchym, der Urin reagiert stets sauer. Die pyogene Thätigkeit des Bacterium coli beschränkt sich ausschlieſslich auf das Nierenbecken: die Schleimhaut desselben ist entweder durch vorhandene Nierensteine oder durch andere vorhandene Krankheiten gereizt und verwundet und so für die pyogene Wirkung der Colibakterien wohl vorbereitet, oder die Bakterien sind durch Embolie in die Nieren und nachfolgende Nekrose des Epithels in den Urin gekommen, und die so entstandene Entzündung ermöglicht es den Bakterien, Eiterung hervorzurufen. Nie besteht ammoniakalische Zersetzung des Urins. — Ein ganz anderes Bild ergiebt sich bei Pyelitis mit Cystitis. Es handelt sich hier um schwere Erkrankungen, die durch verschiedene Mikrobienarten, Staphylokokken, Streptokokken, Proteus Hauser, Sarcinen hervorgerufen sind. Alle diese Mikrobien haben die Fähigkeit, den Urin zu zersetzen: in der That reagierte der Urin in allen vom Verfasser beobachteten Fällen mit Ausnahme von dreien — zwei Fälle von Nierentuberkulose mit sekundärer ulcerativer Cystitis und ein Fall, der durch Typhusbacillen verursacht war — entweder gleich bei der Entleerung oder nach längerem Stehen in sterilen Gefäſsen infolge ammoniakalischer Zersetzung alkalisch. Auſser der Blasenschleimhaut greifen diese Mikrobien auch das Nierenparenchym an und bewirken nicht selten schwere Nierenaffektionen. Cystitis fehlte, wo urinzersetzende Bakterien im Urin vorhanden waren, nie. — Die Cystitis teilt der Verfasser in 2 groſse Gruppen: 1. katarrhalische oder nicht eitrige Cystitis, hervorgerufen durch Mikrobien, die den Urin ammoniakalisch zersetzen und dadurch eine Entzündung der Schleimhaut, aber keine Eiterung bewirken, nämlich nicht pyogene Arten von Staphylococcus und Diplococcus ureae; 2. eitrige Cystitis mit den Unterabteilungen: a) eitrige ammoniakalische Cystitis, hervorgerufen durch pyogene urinzersetzende Mikrobien, wie Staphylococcus

pyogenes albus und aureus, Diplococcus ureae, Staphylococcus ureae, Sarcina alba und flava, Coccobacillus ureae, Proteus Hauser, Bacillus longus ureae, Bacillus crassus, die teils allein, teils zusammen mit Bacterium coli im Urin sich fanden; b) eitrige saure Cystitis, hervorgerufen durch verschiedene pyogene, den Urin nicht zersetzende Mikrobien, wie Tuberkelbacillen, Typhusbacillen, Gonokokken, Bacterium coli, Streptococcus pyogenes und Diplococcus aureus. — Die katarrhalische Cystitis ist im Vergleich zur eitrigen selten; ihr Vorkommen wird von vielen Autoren vollkommen geleugnet. Der Verfasser weist aber nach, dafs einzelne Fälle und Beobachtungen eben dieser Autoren, wie Barlow, Melchior, Hallé, mit dem von ihm beschriebenen Krankheitsbild der katarrhalischen Cystitis vollkommen übereinstimmen. Die Krankheit hat stets einen leichten Charakter. — In den Fällen von eitriger ammoniakalischer Cystitis, in denen neben den urinzersetzenden Mikrobien Bacterium coli gefunden wird, ist das Vorhandensein von Bacterium coli ohne jede pathogene Bedeutung: die Cystitis wird ausschliefslich durch die urinzersetzenden Mikrobien hervorgerufen. Den Beweis dafür liefert der Verfasser mit 4 Fällen; in diesen war lange Zeit Bakteriurie ohne Spur von Cystitis vorhanden, die ammoniakalische Gährung und mit ihr die Cystitis traten auf nach Einführung eines Instruments in die Blase und wurden durch Injektion von Silbernitratlösung rasch zur Heilung gebracht, während die Ausscheidung von Bacterium coli fortdauerte. Die urinzersetzenden Mikrobien sind teilweise nur schwer und nur vereinzelt zu finden, wenn neben ihnen Bacterium coli im Urin vorhanden ist; denn Bacterium coli begünstigt zwar das Wachstum einiger Mikrobienarten, wie Proteus Hauser, beeinträchtigt dafür aber Staphylokokken und Streptokokken stark in ihrem Wachstum und tötet dieselben sogar nach einiger Zeit durch seine Toxine. Die Fähigkeit der Colibakterien, andere Mikrobien zu vernichten, wurde übrigens von mehreren Autoren auch bei anderen Krankheiten konstatiert. — Wenn auch sicher jede Art pyogener Mikrobien, auf eine verletzte Blasenschleimhaut gebracht, Cystitis hervorrufen kann, so sind dazu doch die urinzersetzenden Mikrobien in erster Linie geeignet, weil eben der ammoniakalisch zersetzte Urin die Blasenschleimhaut reizt und dadurch den Mikrobien gegenüber widerstandsunfähig macht; daher sind auch die durch urinzersetzende Mikrobien verursachten Fälle von Pyelitis stets mit Cystitis verbunden, die durch Bacterium coli hervorgerufenen nie. — Die Schwere der einzelnen Fälle ist verschieden je nach den die Krankheit verursachenden Mikrobien; die schwersten Fälle werden durch Staphylokokken und Streptokokken bedingt. — Die eitrige Cystitis mit saurer Reaktion des Urins ist seltener als die ammoniakalische Cystitis. Ob das in einigen Fällen gefundene Bacterium coli identisch ist mit dem im Darm, bei Bakteriurie und Pyelitis ohne Cystitis vorkommenden, kann der Verfasser nicht entscheiden. — Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit enthält die experimentellen Studien des Verfassers. Er konnte zunächst, gestützt auf zahlreiche Versuche, konstatieren, dafs Bacterium coli die Fähigkeit, sauren Urin zu zersetzen, nicht besitzt. Ferner ergab sich aus diesbezüglichen Versuchen, dafs, wenn Proteus Hauser, Coccobacillus pyogenes, Bacillus longus, Bacillus pyocyaneus zusammen mit Bacterium coli ausgesät werden, die ersteren Arten sehr rasch das numerische Übergewicht gewinnen; wenn dagegen Streptokokken oder Staphylokokken mit Bacterium coli ausgesät werden, so gewinnt das letztere so rasch das Übergewicht, dafs es nach 24—48 Stunden schwer ist, überhaupt noch Kokken zu finden. Trotzdem bleiben die Kokken auch neben Bacterium coli noch einige Tage lebendig; denn ammoniakalisch zersetzter Urin hat noch nach einiger Zeit die Fähigkeit, sauren sterilen Urin zu zersetzen. Auch nach Gram gefärbte Präparate lassen noch lange Kokken erkennen. Nach einigen Wochen oder Monaten erst sind die Kokken vollständig unterlegen. Die angestellten Tierexperimente ergaben, dafs Colibakterien, die von gesunden

Menschen stammten, nicht pathogen auf die Tiere wirkten, dafs dagegen von kranken Menschen stammende Colibakterien teils keine krankhaften Erscheinungen, teils leichtes Übelbefinden, manchmal schwere, selbst tödliche Intoxikation ohne Eiterung, endlich auch lokale Eiterung bei gutem Allgemeinbefinden verursachten, niemals jedoch eine Entzündung des Nierenparenchyms. Einimpfungen von urinzersetzenden Mikrobien, wie Staphylococcus albus und aureus, Coccobacillus pyogenes, riefen dagegen eitrige Pyelitis und Pyelonephritis unter schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens hervor. Die durch Bacterium coli bei Tieren hervorgerufenen Fälle von Cystitis waren leicht, wiesen nur geringe Eiterung auf und heilten in wenigen Tagen ab, die durch urinzersetzende Mikrobien hervorgerufenen dagegen waren schwer, wiesen starke Eiterung auf und dauerten Wochen oder Monate. — Der letzte Teil der Arbeit ist polemischen Inhalts. Der Verfasser wendet sich, gestützt auf die in der Arbeit mitgeteilten Beobachtungen, gegen die Behauptungen Guyons und seiner Schüler, dafs Bacterium coli die Ursache fast aller infektiösen Krankheiten der Harnwege sei, gleichviel ob es sich um Pyelitis, Pyelonephritis oder Cystitis handle, dafs der Urin bei Cystitis fast immer sauer reagiere, dafs die Infektion mit Bacterium coli sehr gefährlich sei, dafs Bacterium coli zumeist aus der Urethra in die Blase gelange. Der Verfasser weist im einzelnen nach, dafs sich diese Behauptungen auf mangelhafte Beobachtungen und Irrtümer in der Diagnose stützen. Er fafst die Resultate seiner Beobachtungen in folgende Sätze zusammen: 1. es giebt eine katarrhalische, nicht eitrige Affektion der Harnwege, verursacht durch ammoniakalische Beschaffenheit des Urins, die durch urinzersetzende nicht pyogene Mikrobien hervorgerufen ist; 2. jede Art pyogener Mikrobien kann Cystitis hervorrufen, ob sie nun in eine Verletzung der Schleimhaut eingeimpft wird oder durch Metastase hineingelangt; aber die grofse Mehrzahl der Cystitisfälle wird hervorgerufen durch pyogene urinzersetzende Mikrobien. — Die Ursachen dieser Erscheinung sind: 1. Die Urethra enthält in normalem Zustande und noch mehr in pathologischem Zustande urinzersetzende Mikrobien. 2. Diese Mikrobien, die die Fähigkeit haben, den Urin in eine ammoniakalische ätzende Flüssigkeit zu verwandeln, können infolgedessen eine vorher gesunde Schleimhaut mit Hülfe des Urins angreifen, was nach den bis jetzt publizierten Erfahrungen anderen pyogenen Mikrobien nicht möglich ist, besonders nicht den Colibakterien. Es erscheint demnach klar, dafs eine primäre, durch urinzersetzende Mikrobien hervorgerufene Pyelonephritis fast immer mit Cystitis kompliziert ist, durch Bacterium coli hervorgerufene Bakteriurien und Cystitisfälle aber nie. 3. Bacterium coli ist diejenige Mikrobienart, die wir in den Harnwegen am häufigsten treffen; es gelangt gewöhnlich durch die Blutcirkulation in dieselben. In den meisten Fällen (Bakteriurie) handelt es sich um eine vollkommen gutartige und harmlose Affektion. In einer ziemlich grofsen Zahl von Fällen, besonders dann, wenn vorhandene Konkretionen die Entwicklung einer Entzündung begünstigen, rufen die Colibakterien eine leichte und gutartige eitrige Pyelitis hervor. In manchen Fällen können sie Cystitis und Nephritis verursachen, wenn sie nämlich durch Vermittlung des Blutes in die Blasenschleimhaut oder ins Nierengewebe gelangt sind. Dagegen sind sie im allgemeinen nicht im stande, mit Hülfe des Urins die Blasenschleimhaut oder die Niere anzugreifen, selbst wenn diese verwundet sind oder unter dem Einflufs einer Retention stehen. Im Darm eines jeden Menschen finden sich unzählige Colibakterien, die für gewöhnlich nicht pathogen zu sein scheinen: das erklärt die Häufigkeit und Gutartigkeit der durch diese Mikrobien bewirkten Infektionen. Nach den Erfahrungen anderer Autoren kann man vermuten, dafs die Colibakterien ausnahmsweise virulenter sein und ernstere Zufälle verursachen können. Aber verschiedene Umstände weisen darauf hin, dafs es sich in diesen Fällen nicht um Colibacillen handelt, die aus dem Darm der betreffenden Kranken stammen, sondern um

eine von aufsen kommende, besonders virulente Art. — Der reiche Inhalt der Arbeit läfst sich nicht vollkommen in den Rahmen eines Referates fassen; es sei daher ausdrücklich auf die Lektüre der hochinteressanten Abhandlung hingewiesen.

5. **Eine neue Art der Circumcision**, von REBREYEND. Während bei der Circumcision gewöhnlich mehr entfernt wird, als zur Beseitigung der Phimose notwendig ist, will der Verfasser durch folgendes Verfahren der Glans eine vollständige Bedeckung erhalten: Die Ränder der Präputialöffnung werden mit 2 Schieberpincetten gefafst und nach vorne gezogen; dann wird mit der Schere ein 4—5 mm breites Stück des Präputiums rings um seine Öffnung entfernt. Ein Assistent zieht das äufsere Präputialblatt bis hinter die Corona glandis zurück. Das innere Blatt, das gewöhnlich gut an die Glans angelegt bleibt, wird in der Mittellinie gespalten, die Lappen ringsum unterhalb der Corona reseciert. Die freien Ränder der beiden Blätter befinden sich nun, da der Assistent die äufsere Haut fortwährend zurückzieht, einander gegenüber und werden durch Catgutnähte vereinigt. Die Nahtlinie wird mit einer dünnen Schicht Jodoformgaze bedeckt.

6. **Bemerkung bezüglich der Gewichtsbestimmung des Albumens in eiterhaltigen Urinen**, von DUSMENIL. Der Verfasser weist darauf hin, dafs eiterhaltiger Urin entweder schon bei seiner Entleerung oder nach 36—48stündigem Stehen infolge ammoniakalischer Zersetzung alkalisch reagiert, und dafs infolge dessen aus den Leukocyten stammende Albuminoide in Lösung übergehen, während ein Teil der aus den Nieren stammenden vorher koagulierbaren Albuminoide sich in nicht koagulierbare Proteïnstoffe verwandeln. Dadurch wird die Gewichtsbestimmung des aus den Nieren stammenden Albumens in solchen Urinen ungenau. Es mufs also jedenfalls frisch entleerter Urin untersucht werden. Reagiert der Urin schon bei der Entleerung alkalisch, so bleibt es immer zweifelhaft, ob vorhandenes Eiweifs aus den Nieren stammt.

7. **Ein Fall von doppelter Urethra nebst einigen pathogenischen und klinischen Bemerkungen**, von DELBET. Verfasser fand durch Zufall bei einem Patienten die Glans dorsalwärts an ihrem äufseren Ende in der Länge von ca. 1 cm gespalten. Beim Auseinanderziehen der Ränder fand sich an der Spitze der Glans ein normales Orificium urethrae, etwa 6 mm darüber eine zweite Öffnung, die 3 mm lang war; sie führte in einen mit roter, bei Berührung unempfindlicher Schleimhaut ausgekleideten Kanal. Urin wurde durch denselben, wie der Kranke angab und wie die Beobachtung bestätigte, nicht entleert, ebensowenig Sperma. Es handelte sich, wie verschiedene Untersuchungen ergaben, um einen unter der Haut des Dorsum penis sich hinziehenden, äufserlich fühlbaren Kanal, der unter der Symphyse bis ins Becken verlief, aber mit der Blase nicht in Kommunikation stand. Es handelte sich um einen der seltenen Fälle, die einen Übergang bilden zwischen normaler Urethra und Epispadie. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band I, Heft 4 (Januar 1898).

Einige Drogen der dermatologischen Praxis, von CANTRELL-Philadelphia. Verfasser giebt eine Übersicht über die in den letzten Jahren auf den Markt gebrachten neuen Heilmittel, die fast ausschliefslich den Ersatz des schlechtriechenden, sonst aber segensreichen Jodoforms bezwecken. Aus der Zahl der Mittel hebt CANTRELL die bekanntesten hervor, wie Dermatol, das er wegen seiner reizenden, keineswegs entzündungswidrigen oder sekretionshemmenden Wirkung absolut verwirft, wie Alumnol, das Verfasser für Intertrigo, Ekzem, akute Dermatitis, ferner für allerlei Ulcerationen sehr empfiehlt, wie Salol, dessen prompte Wirkung beim *vesikulösen,*

pustulösen, squamösen Ekzem und besonders beim typischen Eczema rubrum, ferner Impetigo, Zoster und den schwachen Mykosen, wie Pityriasis versicolor, Verfasser betont. Als Adstringens von bester Wirkung bei Prozessen mit starker Entzündung und Feuchtigkeit ist Acetanilid am Platze, ferner bei chronischen, seborrhoischen Ekzemen, Zoster u. a. sowohl als Pulver wie in Salbenform. Salicylsäure und Resorcin stellt Verfasser auf gleiche Stufe. Anwendungsindikationen bekannt, ebenso bei Schwefel und Ichthyol. Kalomel ist indiciert bei akuten Entzündungen, bei Prozessen mit seröser oder purulenter Sekretion, wo Jucken und Krusten bestehen, überhaupt als Adstringens oder parasiticides Mittel. Für Akne, Seborrhoe, Alopecia empfiehlt Verfasser β-Naphtol. Aus der Jodgruppe bevorzugt er Jodol, höchstens noch Europhen.

Molluscum fibrosum, von Keyes-Winona. Zu unterscheiden sind zwei Formen, die ineinander übergreifen: zahlreiche Tumoren über den ganzen Körper, von kleinerem Kaliber — und einzelne grofse Geschwülste. Molluscum fibrosum ist selten zu beobachten; von 112 775 der Amerikanischen dermatologischen Gesellschaft vorliegenden Fällen von Hautkrankheiten nur 85 Fälle ausmachend, dabei häufiger bei Weibern als Männern. Nach Hebra findet sich das Leiden bei geistig und körperlich Zurückgebliebenen, doch wird diese Annahme vielfach bekämpft. Recklinghausen meint, dafs das Anfangsstadium ein Neurofibrom darstellt, aus dem mit zunehmendem Wachstum der nervöse Anteil verschwindet. Nach Hyde ist die Affektion eine Entwicklungsstörung unter dem Einfluſs konstitutioneller Prädisposition. Der von Keyes berichtete Fall betrifft eine 43jährige ledige Frau. Mit 7 Jahren zeigte sich der erste Tumor auf dem Arm, der trotz ärztlicher Behandlung an Gröfse zunahm bis zum 12. Lebensjahre der Patientin. Nach weiteren 4 Jahren trat ein Tumor der Glutäalgegend auf, der fortwährend an Gröfse zunahm, besonders seit einem Trauma, bis zum 20. Jahre nach seinem Entstehen. Eine dritte Geschwulst zeigte sich aufserdem an der linken Hüfte. Über den Körper verstreut, sogar auf den Hohlhänden, viele kleine pendulöse Fibrome. Operative Entfernung der drei Haupttumoren. Gute Heilung.

Leprakenntnis der Japaner im 17. Jahrhundert, von Ashmead-New York. In dem japanischen Werke Bai-kwa-mu-shin-sho von Osada Tokuhon, zuerst im 17. Jahrhundert, dann aufs neue 1766 in Kioto gedruckt, lesen wir folgendes: „Um zu erfahren, ob ein Aussätziger geheilt werden kann oder nicht, mufs man seinen Daumenballen beobachten. Ist dieser atrophisiert und mager, dann besteht wahre Lepra; sonst ist Heilung möglich.“ Der Autor will scheinbar sagen, dafs wahrer Aussatz unheilbar ist und nur Prozesse von Pseudolepra Heilung versprechen. Auch glaubt er, dafs „der Aussatz durch innere Hitze hervorgebracht wird und durch sie innerlich irgend ein Insekt erzeugt wird.“

Schnellbehandlung der Blennorrhoe mit Silvermans Harnröhrenspritze, von Silverman-Butte. Die von Verfasser angegebenen Erfolge seiner Methode der Schnellbehandlung der Blennorrhoe müfsten, wenn sie sich bewahrheiteten, allgemeine Anwendung derselben fordern. Kein akuter oder chronischer Fall hat länger als 10 Tage bis zur Heilung gedauert; vollkommene Heilung erfolgte zuweilen in 3 Tagen. Die Methode ist enorm einfach. Silverman benutzt eine 30 g Flüssigkeit fassende Spritze, die auf einen seiner ganzen Länge nach mit seitlichen Öffnungen versehenen Katheter geringen Kalibers pafst. Letzterer, aus reinem Silber, ist gerade so lang, dafs er den Sphincter vesicae erreicht. Dadurch reizt er diesen zur Kontraktur, beim Entleeren des Spritzeninhalts dringt dieser aus allen Öffnungen aus und berieselt die gesamte Harnröhre von hinten, ohne dafs etwas nach der Blase dringen kann. Als beste Lösungen empfiehlt Verfasser Kaliumpermanganat 1:1000—4000 und bis 10%

Argoninlösungen. Die Einführung des Instruments, die bei jedem Krankheitsfall sofort vorgenommen wird, auch im akuten Stadium, wird angeblich sehr gut vertragen.

Der Aussatz in der Capkolonie, von Todd-Cape Colony. Die erste Erwähnung von Lepra in der Capkolonie geschah im Jahre 1756, obwohl angenommen werden muſs, daſs schon vor dieser offiziellen Bestätigung vereinzelte Fälle von Aussatz vorgekommen waren. 1817 wurde ein kleines Leprosorium in der Nähe der Stadt Graaf-Reines errichtet, aber ohne Zwang zum Eintritt für die Leprösen. 1822 befanden sich daselbst schon ca. 50 kranke Hottentotten. Unter diesen hat die Lepra gewiſs schon lange grassiert, sie wurde aber erst durch die Missionare ans Licht gebracht. Zu den 50 Kranken in diesem Leprosorium von Hemel en Arde kamen noch ca. 100 Verwandte, die die Leidenden als Pfleger begleiteten. Weiſse waren nicht befallen. 1827 zählte man 100 Lepröse daselbst, 1842 nur noch 58, doch war inzwischen in Port Elizabeth ein zweites Leprahaus gegründet worden. Beide Leproserien wurden 1846 aufgelöst, und alle Aussätzigen nach Robbin-Island gebracht, um sie vom Festland und der Umgebung möglichst zu trennen. Eintritt und Austritt war noch immer freiwillig. Erst 1892 wurden die schon 1884 bearbeiteten „Leprosy Repressive Act“ durchgeführt. 1889 schätzte man 600 Aussätzige. Alle muſsten nun nach Robbin-Island, die Reichen auf eigene, die Armen auf Kosten der Kolonieregierung. Unter 733 von Todd zusammengestellten Fällen findet sich 365 mal die anästhetische, 243 mal die tuberkulöse Form.

Blennorrhoische Gelenkentzündung, von Schuller-Berlin. Schuller verfügt über eine Statistik von 52 blennorrhoischen Gelenkerkrankungen, davon entfielen 34 auf Männer, 18 auf Weiber. Das Vorkommen beim weiblichen Geschlecht hält er für häufiger, als angenommen wird. In 34 Fällen war ein, in 18 waren mehrere, meist 2 oder 3 Gelenke befallen. Entzündung des Kniegelenks bestand 29 mal, des Handgelenks 9 mal, des Fuſsgelenks 17 mal, der Hüfte 7 mal, des Ellbogengelenks 6 und des Schultergelenks 3 mal. Finger und Zehen waren nur in 3 Fällen erkrankt. Wohl zu trennen, besonders hinsichtlich der Therapie, sind die akuten von den chronischen Fällen. Akute ödematöse Schwellung, zuweilen phlegmonösen Charakters, Rötung, Hitze und Schmerzhaftigkeit sind charakteristische Merkmale des akuten Prozesses. Die Exsudation variiert in Quantität und Qualität; zuweilen rein eitrig. Verfasser entleerte aus einem Gelenk $^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Er beobachtete akute Entzündung unter seinen 52 Fällen 31 mal (24 Männer, 7 Weiber). In den chronischen Fällen findet sich meist wenig oder gar keine Exsudation, alle Erscheinungen treten weniger frappant hervor. Ankylose folgt selten, unter den 52 Fällen nur einmal. Das steht im Gegensatz zu Königs Beobachtungen. Caries, Arthritis deformans nach blennorrhoischen Arthritiden sind nach Verfasser Folgen sekundärer Affektionen in durch den blennorrhoischen Prozeſs prädisponierten Gelenken. Häufiger beobachtete Verfasser Entzündungen der Sehnenscheiden und Schleimbeutel (Achillodynie u. a.). Differentialdiagnostisch kommt akuter Gelenkrheumatismus und Gelenksyphilis in Betracht. Therapie: Ausgezeichnete Reaktion schon nach 24 Stunden auf Jodkalium per os, eventuell daneben Punktion. Ferner 1% Karbolumschläge 1—2 mal täglich. In chronischen Fällen Jodoformglycerininjektionen.

Erythema exsudativum multiforme Hebra, von Colby-Brooklyn. Anschlieſsend an einen Fall von Erythema multiforme bei einer 51jährigen Patientin kurz nach einem Shock bespricht Verfasser die Ähnlichkeit dieser Affektion mit der Duhringschen Krankheit. Die exsudative Polymorphe zeigt sich ausschlieſslich im Frühjahr und Herbst. Sie befällt in der Mehrzahl das weibliche Geschlecht. Klimawechsel, schlechte hygienische Verhältnisse, Shock und Rheumatismus prädisponieren dazu. Das Leiden beginnt mit Papeln oder Knötchen. Bei Erythema annulatum,

gyratum, Iris und marginatum (Crocker) sind dieselben geometrisch bestimmt gruppiert. Bei Erythema urticatum und bullosum ist ebenfalls die Papel das Primäre. Die Verteilung der Läsionen erfolgt symmetrisch. Ausgang meist von Hand- und Fufsrücken unter den Symptomen der akuten Exantheme. Konstante Symptome sind Gelenkschmerzen, Komplikationen Endo-Pericarditis, Nephritis, Meningitis und Pneumonie. Dauer des Verlaufs 2—6 Wochen. Polotebnoff berichtet einen Fall, indem kein Tag ohne Effloreszenz verging — 15 Jahre lang. Die Krankheit ist vermutlich eine Angioneurose infolge Vasodilatation. Die Differentialdiagnose von der Dermatitis herpetiformis Duhring ist zuweilen nicht leicht. Die Inkubation ist die gleiche (wenige Stunden bis zu 2 Tagen), ebenso sind bei beiden Krankheiten konstitutionelle Symptome bemerkbar. Differierende Momente: Erythema multiforme ist eine häufig vorkommende Erkrankung akuten Charakters. Dauer 2—6 Wochen, symmetrisches Auftreten, Jucken fehlt oder ist mäfsig, Flecke dunkelrot; Duhringsche Krankheit ist eine seltenere Affektion, asymmetrisch, stark juckend, chronisch, Flecke hellentzündlich rot.

Die spezifische Tripperätiologie, von Simes-Philadelphia. Verfasser bestreitet, dafs bei allen Blennorrhoen der Neisserschen Gonococcus das kausale Moment sei. Als Beweis führt er an, dafs auch die Impfung der Harnröhre mit reinem Pus nicht blennorrhoischer Natur Blennorrhoe erzeugt habe. (? der Referent.) Die Thatsache, die Simes erwähnt, ist eine alte, dafs es auch Harnröhrenkrankheiten mit eitriger Sekretion giebt, die den Gonococcus nicht enthalten; aber bei deren klinischem Verhalten, ihrer Dauer, Behandlungsweise wird es keinem wissenschaftlich gebildeten Arzte einfallen, sie als Blennorrhoe im Sinne Neissers anzusprechen, wie es Verfasser thut.

Impetigo contagiosa des behaarten Gesichts und Nackens, von Lask-New York. Der Autor beschäftigt sich in seiner kurzen Abhandlung mit der Differentialdiagnose zwischen Impetigo contagiosa des behaarten Gesichts einerseits und der Sykosis wie dem Herpes tonsurans andererseits. Die Zeilen bringen nichts Neues.

Blennorrhoe der Kinder, von Ingham-Atlanta. Verfasser erklärt die ihm in den Südstaaten häufig vorgekommenen blennorrhoischen Entzündungen der Geschlechtsteile kleiner Kinder, besonders Mädchen, mit dem unter der Negerbevölkerung, aus der sich Ammen und Wärterinnen rekrutieren, bestehenden bekannten Aberglauben, die Blennorrhoe könne geheilt werden durch Übertragung auf ein Infans innocens. Die Krankheit entstände also durch absichtliche direkte Übertragung blennorrhoischen Sekrets von Wartepersonal auf Pfleglinge.

Behandlung der Anämie bei Lues und Hautkrankheiten mit Knochenmark, von Martin-St. Louis. Verfasser, den bei der Therapie der Anämien Eisen, Arsen und die übrigen gebräuchlichen Mittel oft im Stich gelassen haben, wendet jetzt mit grofsem Erfolg in diesen Fällen das rohe Knochenmark in der Form von Armours Knochenmark-Extrakt an. Über Herstellung und Dosierung fehlen genauere Angaben. In sieben der Abhandlung beigefügten Krankheitsberichten nahm mit steigendem Körpergewicht und schwindender Anämie die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes bedeutend zu, die Leukocyten numerisch stark ab. In Fällen spezifischer Erkrankung spezifische Behandlung nebenher.

Einfache Bartflechte und ihre Behandlung, von Martin-St. Louis. Über die Lokalisation des primären Prozesses sind die Meinungen der Autoren noch geteilt. Robinson verlegt sie aufserhalb des Haarfollikels, auf den sie erst später übergreifen sollen, andere behaupten das Gegenteil, wieder andere glauben, dafs die erste Lokalisation in den Talgdrüsen statthabe. Robinson glaubt, dafs sich die Haut in hyperä-

mischem Zustande befinde infolge innerer oder äufserer Reize. Steife Härchen können nun in dieser zur Entzündung geneigten Haut leicht zu Perifollikulärentzündungen führen, ebenso Rasieren mit stumpfen Messern oder grofse Hitze. Andere Autoren glauben an eine mikrobielle Ursache, was für das primäre Ergriffensein des Haarfollikels spricht. So viel ist feststehend: Sykosis ist die Folge von primärer oder sekundärer Einwanderung von Eitererregern. Die Intensität des Prozesses bestimmt die Eruptionsform — papulös, tuberkulös, pustulös. Auf den infiltrierten Flächen erscheinen keine neuen Papeln und Pusteln. Intensive Prozesse führen zu Narbenbildung. Die Eruptionen kündigen sich an durch Schmerz, Hitzegefühl und Spannung. Besonders den Sykosen der Oberlippe gehen Ekzeme voraus, die in Nasensekretionen ihr kausales Moment haben. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Sykosis hyphogenes oder parasitaria, Akne, Eccema und Lues. Die Therapie mufs erstens die kranken Haare entfernen, zweitens antimikrobiell sein. Krusten sind vorher zu erweichen und zu entfernen. Die antiparasitären Salben müssen auf Lint gestrichen aufgebunden werden, damit sie in die nach der Epilation oder Incision offenen Haarkanäle eindringen können. Die Epilation mufs mit Auswahl vorgenommen werden. Verfasser verwendet dann mit bestem Erfolg seine Salbe Unguentine, die Alumen, Karbol und Ichthyol enthält. *Hopf-Dresden.*

Besprechungen.

Der Lupus und dessen operative Behandlung, von Prof. Dr. Eduard Lang. (Wien, Jos. Šafář. 1898.) In einem Hefte von 133 Seiten, das mit 67 Illustrationen reich ausgestattet ist, giebt uns der Verfasser ein übersichtliches Bild des gegenwärtigen Standes der Lupusfrage in pathologischer, ätiologischer und histologischer Hinsicht und seiner Therapie. — Die erste Hälfte des Buches beschäftigt sich in sechs Kapiteln mit der pathologischen Histologie des Lupus, seiner tuberkulösen Natur, wobei in eingehender Weise auch die anderen Arten der Hauttuberkulose besprochen und auf ihren häufigen Konnex mit Lupus hingewiesen wird, mit der zu Lupus führendem Infektionsweise und mit dem späteren Gang der Lupusinfektion naheliegender oder entfernter Hautstellen. Einen grofsen Teil des hier Gebotenen kennen wir schon aus früheren Arbeiten desselben Autors, ein kleinerer ist neu und überall ist die einschlägige Litteratur entsprechend verwertet, nicht ohne die Verdienste der Untersucher jeweilig in anerkennender Weise ins richtige Licht zu stellen. — Sehr eingehend beschäftigt sich Lang im zweiten Teile des Buches mit der Therapie des Lupus. — Nach Besprechung der bisherigen Behandlungsmethoden und deren Unzulänglichkeit, weil die Recidive die Regel, und dauernde Heilung die Ausnahme bilden, führt L. die zwar von ihm nicht inaugurierte, aber wesentlich verbesserte und verallgemeinerte operative Behandlung vor und befleifsigt sich dabei dankenswerter Ausführlichkeit in der Beschreibung des von ihm adoptierten Verfahrens, indem er den Leser auf Eventualitäten aufmerksam macht, die im Verlaufe der Operation vorkommen können. Seine eigene reiche Erfahrung befähigt den Verfasser hierzu in hohem Mafse. — Kleinere Lupusherde werden einfach, meist unter lokaler Anästhesie mittelst Chloräthyl oder Kokain (gewöhnlich nach Schleichs Methode) exstirpiert und die Wundränder durch die Naht vereinigt. Bei etwas gröfseren wird sich die Deckung durch gestielte Lappen aus der Umgebung als notwendig er-

weisen, bei ganz grofsen Lupusflächen sind ungestielte Hautlappen in ganzer Dicke der Haut oder Transplantation Thiersohscher Epithellappen nötig. Welch schöne Resultate Lang in dieser Weise erzielt hat, mufs man selbst gesehen haben, um das von ihm eingeschlagene Verfahren genügend würdigen zu können. Die beigefügten sehr guten Abbildungen lassen sie ahnen. Man mufs aber auch Lang bei einer seiner Operationen assistiert haben, um es zu erkennen, dafs seine Genauigkeit in der Entfernung alles krankhaften Gewebes, und seine Geschicklichkeit in dem Anbringen der Transplantationslappen zu den so überaus günstigen Erfolgen führen. — Lang hat bis jetzt 52 Lupöse operiert, von denen einige wahre Monstruositäten der Krankheit bildeten. Von diesen 52 Fällen, deren Krankengeschichten in nuce gebracht werden, konnte an 27 konstatiert werden, dafs sie frei von Recidiven geblieben waren und zwar betrug die seit der Operation abgelaufene Zeit bei 8 Kranken bis zu einem Jahre, bei 10 Kranken bis zu zwei Jahren und bei 9 Kranken bis zu vier Jahren. Wir stimmen mit dem Autor überein, wenn er behauptet: dafs man wohl sagen dürfe, dafs sich mit den früheren Behandlungsmethoden auch nicht annähernd ein gleich günstiges Resultat erzielen läfst. — Möge die vorstehende kurze Buchanzeige alle Fachgenossen veranlassen, sich Langs Verfahren anzueignen und aus dem Werke selbst sich die Kenntnisse zu holen, deren sie dazu bedürfen. *Hebra.*

De Syphilis als bacterieele infectie ziekte, door Dr. D. Mac Gillavry. Aus der Übereinstimmung mit anderen Krankheiten, deren bakterieller Ursprung bekannt ist, glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, dafs auch die Erscheinungen der Syphilis von Mikrobien herrühren. Er meint, dafs das Wesen dieses Mikrobikons am meisten dem Bacillus febris typhoïdeae ähnlich ist, weil ihn diese Krankheit in ihrem Verlaufe etc. in mancher Hinsicht an Syphilis erinnert.

Die anatomischen Abweichungen der Syphilome haben viel Ähnlichkeit mit den Granulomen und würden einen ähnlichen Mikroorganismus vermuten lassen wie denjenigen, der als Ursache für einige der letzteren Art angenommen wird. — Verschiedene Lebensverhältnisse würden demnach als Grund der verschiedenen Formationen angenommen werden müssen; es haben ja die Versuche von Ferran gezeigt, dafs der Tuberkelbacillus im stande ist, sich in einen Bacillus umzuändern, der dem des Typhus sehr ähnlich sieht.

Wenn als die Ursache der Syphilis ein Bacterium angesehen wird, so ist dieses schon weit in dem Körper verbreitet, bevor der Primäraffekt ausgebildet ist; daher rührt das Entstehen der luetischen Erkrankung selbst nach dem frühzeitigen Exstirpieren des Primäraffektes; diese Erkrankungen sind gleichfalls infektiös und enthalten das Bacterium selbst und nicht nur Toxine desselben. — Das Virus wird nicht durch das Blut, sondern durch die Lymphe weiter geführt, und kommt besonders im Plasmommantel um die Blutgefäfse herum vor. — Wie es mit den Bacillen in den Roseolaflecken steht, wagt Verfasser nicht zu entscheiden; er betrachtet als Ursache dieser Flecken die Toxine, wie es bei anderen derartigen erythematösen Eruptionen z. B. Febris typhoidea, Tuberkulose, Lepra der Fall ist. — Die späteren Eruptionen, bei denen mehr Gewebsneubildung entsteht, z. B. bei den papulösen tuberkulösen Eruptionen u. s. w., betrachtet Verfasser als zwar durch Mikroorganismen verursacht, aber durch geänderte und weniger kontagiöse Mikroorganismen. Durch derartig geänderte Luesbakterien, die den Schimmeltypus oder vielleicht besser „Pilztypus" (?) angenommen haben, und immer mehr und mehr in einen Saprophytenorganismus übergehen, will er auch die Gummen entstanden wissen. Das Ganze enthält viele Annahmen und Voraussetzungen, die einer näheren Erläuterung noch bedürfen. *J. Spruÿt Landskroon-Amsterdam.*

Zur Austilgung der Syphilis, von Kromayer-Halle. (Berlin, 1898. Gebrüder Borntträger.) Kromayer wandelt in diesem Buche über Prostitution und Geschlechtskrankheiten ganz neue Wege. Die Schrift, ausgestattet mit einem vorzüglichen zum grofsen Teil graphisch dargestellten statistischem Material, ist sehr interessant geschrieben und verrät den erfahrenen Kenner der einschläglichen Verhältnisse; sie ist nicht ausschliefslich für den ärztlichen Leserkreis, sondern auch für das gröfsere Publikum bestimmt, soweit es der Frage von der Hygiene des Geschlechtslebens Interesse entgegenbringt. Nach einer Beschreibung der verschiedenen venerischen Krankheitsformen und der Ausbreitung der offiziellen und geheimen Prostitution, wendet sich Verfasser zu der Verbreitung dieser Leiden unter dem Volke und besonders unter den Prostituierten. Nachdem Verfasser die Vorteile und Nachteile der bisherigen Kontrolle beleuchtet hat, ein Kapitel, in dem die englischen Contagious Diseases Act einen Hauptpunkt bilden, kommt er zum wichtigsten und angreifbaren Teil seiner Betrachtungen der Reorganisation der Kontrolle in Verbindung mit dem Entwurf eines Syphilisgesetzes. Da bei der heute üblichen Prostituiertenuntersuchung nur ein kleiner Teil der Blennorrhoekranken infolge mangelnden Gonokokkennachweises entdeckt wird, von diesen nur ein Bruchteil im Spital geheilt wird, der negative Gonokokkenbefund trotzdem ein Bestehen des Trippers nicht ausschliefst, bei den scheinbar Geheilten vielfach Recidive sich einstellen, und bei der enormen Frequenz der Blennorrhoe unter der männlichen Bevölkerung die — theoretisch gesprochen — geheilte Prostituierte sofort aufs neue infiziert würde, verwirft Kromayer die Kontrolle auf Blennorrhoe ganz und gar. Das Ulcus molle, dessen Heilung Verfasser selbst bei Komplikation mit Bubo in ambulatorischer Behandlung als etwas leichtes betrachtet, läfst er aufser Betracht als etwas, was mit der Volkshygiene nichts zu thun habe. Das Hauptgewicht legt der Autor auf die Syphilis und ihre Austilgung und giebt am Schlusse seiner Schrift den Entwurf eines Syphilisgesetzes, dessen hauptsächliche Forderungen folgende sind: Nur der approbierte Arzt darf Syphilis behandeln, Zwang für jede geschlechtskranke Person sich einem Arzt vorzustellen, für jede syphilitische Person, sich behandeln zu lassen, sich in den ersten Jahren wiederkehrenden Untersuchungen zu unterziehen, im Falle der Unterlassung der ärztlichen Anordnungen Anzeige an die Polizei seitens des Arztes, sowie Recht der Polizei Syphilisverdächtige der zwangsweisen Untersuchung zuzuführen, falls sie ohne ärztliches Gesundheitsattest betroffen werden. Es erhellt, dafs diese Vorschläge viel zu weitgehend sind, während Verfassers Forderung, die ärztliche Untersuchung auf Blennorrhoe ganz aufzugeben, das Kind mit dem Bade ausschütten heifst.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Über die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel, von O. Huber und F. Blumenthal. Bei den Krankheiten, die auf Tiere nicht übertragbar sind und deren Erreger wir nicht kennen, liegt es nahe, das Blut von Rekonvalescenten zur Serumtherapie zu benutzen. Für Masern

und Scharlach hat es zuerst Weissbecker gethan, und zwar, wie er angiebt, mit vielem Erfolg. Es ist aber zweifelhaft, ob dieser nicht mehr psychischer Natur war. Verfasser haben auf der Leydenschen Klinik Versuche bei Masern und Scharlach gemacht. Die von Rekonvalescenten durch Aderlafs gewonnene Blutmenge wurde mit gleichen Teilen Kochsalzlösung und 1% Chloroform versetzt, geschüttelt, nach 24 Stunden ausgepreſst, durch Kieselgurfilter filtriert. Man erhielt eine klare, dunkelrote Flüssigkeit, die durch nochmaliges Filtrieren heller wird und sich vorzüglich hält. Wie bei Typhus und Diphtherie festgestellt werden konnte, enthält diese die antitoxischen Stoffe und zwar in gröſserer Menge, als das auf übliche Weise gewonnene Serum. Von 12 Scharlachfällen war bei 3 der Erfolg ein voller; nur einmal blieb er ganz aus. Keine Nachkrankheiten. Unter 9 Masernfällen glauben Verfasser nur zweimal einen Erfolg gesehen zu haben: in den anderen Fällen war derselbe nicht deutlich, wenn auch ein günstiger Einfluſs den Verfassern wahrscheinlich erscheint. — Die Resultate der gleichen therapeutischen Versuche bei Pneumonie sind auch nicht eindeutig. — Bei Erysipel war gar keine Einwirkung zu erzielen; dasselbe scheint auch keine Schutzstoffe zu produzieren. Es schien nur, als ob die Gegend der Injektion verschont bleibt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Rückkehr-Fälle von Scharlach, von J. Niven. (*Lancet.* 1. August 1896.) Unter dieser Bezeichnung ist bereits öfters die Erscheinung besprochen, daſs nach der Rückkehr geheilter Scharlachpatienten aus dem Krankenhaus in ihre Wohnungen trotz längerer Quarantäne wiederholt weitere Erkrankungen stattfinden. Aus den Aufzeichnungen des Gesundheitsamts von Manchester entnimmt N., daſs im Jahre 1894 sich 19 Fälle und im Jahre 1885 sogar 26 auf die Entlassung der ersten Patienten aus dem Fieberhospital anschlossen, während vor deren Entlassung, also während der 6—8 Wochen ihrer Isolierung in der ersten Zeit noch vereinzelte Nachfolger in dem betreffenden Stadtviertel erkrankten, dagegen in den letzten Wochen gar keine. Die Infektionsstoffe mögen in der Nase und den oberen Luftorganen abgelagert sein. Man spritze die Nase mehrmals aus; auch empfiehlt es sich, die Haut öfters mit Salben einzureiben. *Philippi-Remscheid.*

Über das Vorkommen von Scharlach bei Tieren, von Robert Behla. (*Centralbl. f. Bakt.* 1897. No. 20—21.) Während einer heftigen Scharlachepidemie konnte Verfasser feststellen, daſs in vielen Häusern von Tagelöhnern, deren Kinder am Scharlach erkrankt waren, die Schweine von einer diffusen Hautröte mit folgender Abschuppung und intensiven Allgemeinerscheinungen ergriffen wurden und oft in der Folge verendeten. Einmal rieb Verfasser mit dem Blute eines scharlachkranken Kindes im Floritionsstadium eine am Bauche eines Ferkels angelegte Wunde reichlich ein. Vom 4. Tage bildete sich eine auf den ganzen Körper sich ausbreitende Hautrötung mit Fieber, Diarrhoe, Hinfälligkeit, Entzündung der Mund- und Rachenschleimhaut; Tod am 7. Tage. Die Sektion ergab Haut-Petechien, geschwollene Halsdrüsen, Hyperämie der Nieren. — Verfasser ist der Ansicht, daſs die Urheber des Scharlach Protozoen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Diphtheriebacillen beim Scharlach, von Bruno Sellner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 41.) Die Mitteilungen Rankes, daſs er bei 53,7% von 91 Scharlachkranken Diphtheriebacillen gefunden, haben allgemeines Aufsehen erregt, da sie mit den üblichen Anschauungen in Widerspruch stehen. Verfasser hat deshalb bei 103 Scharlachkranken, von denen 82 einen Belag im Halse hatten, in derselben Richtung eine Untersuchung angestellt. Er entnahm das Material 12—24 Stunden nach der Aufnahme und legte auf Löfflerschem Blutserum Kulturen an. Er fand

nur in 2% der Fälle den echten Diphtheriebacillus in avirulenter Form, in 7% den Hoffmannschen Pseudodiphtheriebacillus. Es steht dieses Ergebnis in Übereinstimmung mit den Zahlen von Thure Hellstroem, während es den Rankeschen durchaus widerspricht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Purpura als Komplikation von Scharlach, von W. F. MacArthur. (*Lancet.* 21. Nov. 1896.) Folgende Krankengeschichte wird als bemerkenswert mitgeteilt: Ein 28jähriger Mann erkrankte am 19. September 1896 mit parenchymatöser Halsentzündung. Am 22. entleerte sich Eiter. Am 23. trat an den Beinen und dem Rumpf Purpura auf, und am 24. ein Scharlachausschlag auf der Brust. Am 28. hatte sich reichliches Abschuppen entwickelt. Am 27. boten zwei Kinder des Patienten nach dreitägigen Prodromalerscheinungen typische Scarlatina dar.

Philippi-Remscheid.

Scharlachfieber kompliziert mit Augenaffektionen, von G. V. Miller. (*Brit. med. Journ.* 13. Febr. 1897. Am 4. November 1896 erkrankte der erwachsene Patient mit Fieber, heftigen Schmerzen im Halse, im Rücken und in den Beinen. Am 6. November verschlimmerten sich die Symptome, es traten noch Kopfschmerzen und Entzündung der Augen hinzu. Am Abende desselben Tages wurde ein deutlich ausgesprochenes Scharlachexanthem über den ganzen Körper verbreitet wahrgenommen. Am 10. November begann, nachdem die allgemeinen Erscheinungen nachgelassen hatten, die Desquamation. Nur die Conjunctivitis, Episcleritis, Cyclitis und Iritis hielten noch einige Zeit an, bis auch sie nach ca. 3 Wochen verschwunden waren.

C. Berliner-Aachen.

Polymyositis acuta scarlatinosa, von Rothschild. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 43.) Bei einem scharlachkranken Knaben stellten sich am 17. Krankheitstage unter erneuten Temperatursteigerungen Gliederschmerzen ein, die auf einer bedeutenden Schmerzhaftigkeit der Muskulatur beruhten. Aktive Bewegungen konnte der Knabe nicht ausführen. Extremitäten, Gesicht, Rumpf waren ergriffen. Die Muskeln waren geschwollen, fester als normal. Allmählich, in 13 Tagen, gingen die Erscheinungen zurück, die Muskeln magerten sogar sehr ab, um aber bald wieder den normalen Umfang zu erlangen. Die Haut zeigte keine Veränderung. Nachdem der Knabe noch eine Otitis media bekommen, trat am 42. Tage unter hohem Fieber eine Orchitis hinzu, die ca. 5 Tage anhielt. Dann gesellte sich aber eine hämorrhagische Diathese hinzu: Hautpetechien, Blutungen aus Rachen, Nase, Darm; dabei Milzschwellung, Stomatitis. Mit dem Auftreten der Hämorrhagien sank die Temperatur auf die Norm. — Der Knabe genas. — In Bezug auf die Polymyositis ähnt der Fall den drei von Brueck mitgeteilten, wenn auch in Einzelheiten Differenzen bestehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Koexistenz von Scarlatina und Enteritis, von E. M. Cosgrave-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1897.) Der Verfasser bespricht zunächst die einschlägige Litteratur und teilt dann fünf Fälle aus der eigenen Praxis mit, welche sämtlich innerhalb von 18 Monaten zur Beobachtung kamen; vier derselben waren zu derselben Zeit in Behandlung. In vier Fällen folgte der Scharlachausschlag auf die Enteritis und schien auf den Verlauf des enterischen Fiebers einen günstigen Einfluſs auszuüben. Umgekehrt zeigte auch die Enteritis eine besänftigende Wirkung auf die Intensität des Scharlachs. Sicher ist, daſs die Koexistenz beider Krankheiten die Gefährlichkeit der einen oder der anderen nicht vergröſsert. Diskussion: Dr. N. Falkiner hat Desquamation bei Enteritis wiederholentlich beobachtet. — Dr. J. W. Moore beobachtete einen Fall von Enteritis, der plötzlich Scharlachsymptome entwickelte. Der Ausschlag erwies sich jedoch nur als ein scharlachähnlicher, wie er

bisweilen drei Wochen nach Beginn von Typhusfieber sich einstellt. — Dr. Drury hat einen Cosgraves Fällen analogen Fall gesehen, der gar keinen Zweifel an der Koexistenz von Enteritis und Scharlach aufkommen läfst. — Dr. Day hält das gleichzeitige Auftreten zweier epidemischer Krankheiten für sehr gut möglich, wie er sich wiederholentlich überzeugt habe. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachfieber kompliziert mit Typhus, von McNaughton. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1897.) Ein 12jähriges Mädchen wurde mit ausgesprochenen Symptomen von Scharlach am zweiten Tage ihrer Erkrankung ins Hospital gebracht. Ihre Eltern und zwei Brüder waren an demselben Tage wegen Typhus in ein anderes Krankenhaus geschafft worden. Aus diesem Grunde hielt man es für geboten, auch das Mädchen einstweilen zu isolieren. Am sechsten Tage war die Temperatur normal, der Rachen frei, die Patientin begann sich abzuschuppen. 17 Tage nach ihrer Aufnahme, nachdem alle Scharlachsymptome verschwunden waren und Patientin entlassen werden sollte, erkrankte sie am Typhus, der einen milden Verlauf nahm. *C. Berliner-Aachen.*

Konkurrierende Masern und Scharlach, von G. J. Dudley. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1897.) Ein 9jähriges Mädchen erkrankte am 25. Juni 1896 mit Erbrechen, Diarrhoe und Fieber und Schmerzen im Halse. Am 27. Juni stellte sich ein deutliches Scharlachexanthem ein. Die Temperatur stieg und die Beschwerden im Rachen hatten zugenommen. In den nächsten Tagen gingen die Symptome allmählich zurück. Am 5. Juli befand sich die Patientin ziemlich wohl; die Desquamation hatte eben begonnen. Am 9. Juli erneutes Unwohlsein verbunden mit Schüttelfrost. Am 10. Fieber und Masernausschlag, der vom Gesicht ausging und sich über den ganzen Körper verbreitete. Die Desquamation nahm inzwischen ihren Fortgang. Nach drei bis vier Tagen verschwand das Masernexanthem; die Patientin begann sich wohler zu fühlen und genas vollständig $6^1/_2$ Wochen nach Beginn der Erkrankung. In diesem Falle hatten die Masern genau 14 Tage nach Beginn des Scharlachfiebers eingesetzt, so dafs, wenn die Patientin die beiden Krankheiten gleichzeitig acquiriert haben sollte, das Inkubationsstadium für die Masern über 14 Tage betrug, während die meisten Autoritäten 7—10 Tage für dasselbe angeben. Die Mutter des Kindes hatte, nachdem letzteres erkrankt war, niemals das Haus verlassen.

C. Berliner-Aachen.

Hyperpyrexie bei Masern, von T. M. Allison. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1897.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 15 Monate alten Kinde, welches mit Erscheinungen einer Bronchopneumonie erkrankte. Am nächsten Tage brach unter stark erhöhter Temperatur und jagendem Puls ein Ausschlag im Gesicht aus, der sich in den darauf folgenden Tagen über den ganzen Körper verbreitete und als charakteristisches Masernexanthem erwies. Die Temperatur erreichte eine Höhe von über 42° C. und hielt sich, von kurzen durch Bäder erzielten Temperaturabfällen abgesehen, bis zum Tode des Kindes in derselben Höhe. *C. Berliner-Aachen.*

Morbilli ecchymotici, von Rouger. (*Journ. de méd. et de chir.* Febr. 1897.) Diese Varietät der Morbillen mufs unterschieden werden von den hämorrhagischen, welche mit visceralen Hämorrhagien und einem schweren Allgemeinzustande koincidieren, und von den infektiösen Purpuraerythemen. Sie wird sehr oft im Verlaufe von Affektionen der Respirationswege, besonders des Keuchhustens, beobachtet. Die Umwandlung in die ecchymotische Form geschieht meist am dritten oder vierten Tage; die Farbe der morbillösen Macula wird dann violettrot, die Grenzen etwas verschwommener und unregelmäfsiger, die Efflorescenz etwas über das umgebende Hautniveau erhaben. Die einzelnen Elemente können unter einander konfluieren und so

gröfsere Flächen bedecken. Die Veränderung kann sich über die ganze Eruption erstrecken oder auch nur einzelne Körperteile betreffen, in letzterem Falle dann besonders die Stellen, welche einem Drucke ausgesetzt sind. Die Prognose ist, im Gegensatze zu der hämorrhagischen Form, günstig. Die Dauer ist dieselbe wie bei der gewöhnlichen Form. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Gangrän der Weichteile der seitlichen Thoraxwand nach Masern, von Wunder. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 20.) In einem Bauernhause erkrankten drei Kinder, ein 7jähriges, 4jähriges und ein 2 Jahre altes Kind an Masern. Nur das letztgenannte kommt in Betracht. Bei ihm war angeblich das Exanthem geringer ausgeprägt und blafste rascher ab als bei den übrigen. Als Verfasser 10 Tage nach dem Beginn der Krankheit gerufen wurde, fand er statt des erwarteten Furunkels oder Drüsenabscesses in der Ausdehnung eines Handtellers die seitliche Brustwandung unter der rechten Achsel von der Haut entblöfst, an deren Stelle eine trockene gangränöse Masse aufsen von schmutzig-grauer, innen von mehr bräunlich-grünlicher Farbe, konvex sich hervorwölbte. Die schlaffen, unterminierten Hautränder zeigten eine livide Farbe; ihr gröfster Abstand in der Längsrichtung des Defektes betrug 9 cm, der gröfste Querabstand derselben 4 cm, die buchtige Unterminierung der Hautränder, aus der bei der Sondierung dünner, weifsgelblicher Eiter abfloſs, war am tiefsten (ca. 2 cm) in der Richtung nach hinten unten. Das Fieber war und blieb gering (38°), der Puls klein, wenig frequent. An Begleiterscheinungen sind zu erwähnen grüne, wässrige Durchfälle, eine ulceröse Stomatitis mit mehreren kleinen Schleimhautgeschwürchen an Lippen- und Wangenschleimhaut, deren Grund mit grauem Detritus erfüllt war. Anorexie. Herz normal. — Die am tiefsten unterminierte Stelle des Geschwürsrandes wurde excidiert, die ganze Randpartie mit Chlorzinklösung geätzt, sodann ward ein feuchter Verband mit Liqu. Alumin. acet. (10 : 100) angelegt. Der Wundverlauf gestaltete sich rasch günstig, die Demarkation schritt rasch vorwärts, die brandige Gewebsplatte konnte stückweise leicht entfernt werden. Dieselbe bestand im wesentlichen aus dem subcutanen sowie intermuskulären Zellgewebe, zum Teil auch aus abgestorbenen Muskelfasern. Die Wunde bot nun folgendes Bild: Wie freipräpariert begrenzten seitlich der Musc. pector. major und latissimus dorsi einen unregelmäfsig in die Tiefe sich erstreckenden Defekt, dessen Grund bis auf eine Stelle in der Mitte, wo das Periost einer Rippe weifslich sich abhob, mit Granulationen bedeckt war und die respiratorischen Pleurabewegungen erkennen liefs. Seitlich erstreckte sich eine Bucht der Höhle noch ein Stück weit unter den Musc. pector. major hinein, eine andere weniger weit unter den Latissimus dorsi. — Alle diese Defekte heilten, als Komplikation war nur ein hühnereigrofser Abscefs am rechten Oberarm, gegenüber der sich reinigenden Geschwürsfläche, aufgetreten und nach Incision bald verheilt. Der Defekt der seitlichen Brustwand ist unter starker Narbenkontraktion geheilt, doch sind die Bewegungen des Armes, auch das vertikale Erheben desselben, in keiner Weise beeinträchtigt. In ätiologischer Hinsicht macht nun der Verfasser auf folgendes aufmerksam: Das Kind sei vor und während seiner Erkrankung an Masern mit Vorliebe auf der rechten Seite gelegen. So konnte bei der durch die Allgemeinerkrankung in Verbindung mit dem reducierten Ernährungszustand veranlafsten Circulationsschwäche durch direkten Druck eine Thrombose der Arteria thoracica longa und infolgedessen Gangrän der von dieser versorgten Gebiete eintreten, in deren Bezirk ja ungefähr der gangränöse Prozefs sich ausgebildet hat. — Ferner läge es — nach dem Verfasser — nahe, in diesem Falle die Thrombose der Art. thoracica longa mit der auffallend geringen Ausbildung des Hautexanthems in Beziehung zu setzen, indem anstatt der Lokalisation

des Giftes in den Hautgefäfsen eine solche an anderer Stelle, eben der durch Druck prädisponierten Wand der Art. thoracica longa angenommen würde. Doch lägen zum Entscheid nicht genug ähnliche Fälle vor und fehlen entsprechende Beobachtungen bei der Noma. Ähnlichkeit mit letzterer ist ja gegeben, nur dafs sich die Gangrän rascher demarkierte. Die Lokalisation könnte dabei auch eine Rolle spielen, weil ja die Mundhöhle den Angriffen der Bakterien weil leichter zugänglich. Auch glaubt Verfasser für die Gangrän der Brustwand trophoneurotische Störungen, wie sie vielfach als Ursache für Noma angenommen werden, eine ätiologische Rolle nicht zuschreiben zu dürfen, da eventuelle trophische Nervenfasern für die betroffene Gegend doch wohl in der Bahn des Nervus thoracicus longus verlaufen müfsten; dessen motorische Funktionen waren aber nicht beeinträchtigt, und eine isolierte Schädigung der trophischen Fasern bei Intaktheit der demselben Nerven angehörigen motorischen kann bei einem so grob destruktiven Prozefs wie Gangrän doch wohl nicht angenommen werden. Es bleibe also am wahrscheinlichsten die Annahme einer mechanischen Thrombose der Art. thor. longa als Ursache der Gangrän. — Für die Entstehung des Abscesses am Oberarm will der Verfasser direkten Druck als ätiologisches Moment ausschliefsen, nimmt eher eine auf lymphatischem Wege entstandene Metastase an. *Neuhaus-München.*

Subcutanes Emphysem im Gefolge von Masern, von F. C. Berry. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1897.) Ein 18jähriges Mädchen erkrankte am 10. Januar an Masern. Sie hustete ziemlich stark, die Untersuchung der Lungen ergab nichts Abnormes. Zwei Tage später klagte die Patientin über Schmerzen am ganzen Körper, Mattigkeit und erschwertes Atmen. Die Wärterin bemerkte zuerst eine grofse Schwellung am linken Schlüsselbein, die auf Druck sich zu „verteilen" schien. Der Verfasser konstatierte durch die Palpation die typische Krepitation des Hautemphysems. Schon am folgenden Tage trat Besserung ein, unter der auch das Emphysem nach und nach verschwand. *C. Berliner-Aachen.*

Heilserum gegen Masern, von Weisbecker. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1896. No. 3 u. 4.) Der Verfasser verwandte Blutserum, das er Masern-Rekonvalescenten entnahm, zur Behandlung von Masernkindern, speziell von vier schweren Masernpneumonien. Er sah in einem Falle Entfieberung 6 Stunden, in einem anderen 24 Stunden nach der Injektion und bringt beides in Zusammenhang. Auch bei den anderen beiden Patienten glaubt er eine günstige Einwirkung als sicher annehmen zu können. — Ob wirklich diese wenigen Fälle etwas beweisen und ob sie überhaupt eindeutig sind, das dürfte doch füglich zu bezweifeln sein, womit allerdings nicht gesagt sein soll, dafs der Weg ein falscher ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die suffokatorische Laryngitis bei Varicellen, von Harley. (Dissert. Paris.) Bisher sind vier einzige Fälle dieser aufserordentlich gefährlichen Komplikation der sonst als so gutartig bekannten Varicellen bekannt. Von diesen vier Kindern starben drei. Die Erscheinungen sind denen des Croups sehr ähnlich, es fehlt aber jede Spur von Löfflerschen Bacillen oder von Fehleisenschen Streptokokken und die einzige Ursache der Erscheinung ist das Vorhandensein eines oder oder mehrerer Varicellenbläschen in der Regio subglottica oder auf den Stimmbändern. Die einzige Behandlung besteht in der Tracheotomie oder der Intubation. (*Indépend. méd.* 1897. pag. 217.) *C. Müller-Genf.*

Pocken oder Windpocken, von Lenhartz. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. I. Heft 8.) An der Hand von acht Krankheitsfällen führt Verfasser die aufserordentlich grofse Schwierigkeit aus, welche die Differentialdiagnose

zwischen Variolois und Varicellen bieten kann, besonders wenn Erwachsene ergriffen sind. Die viel behauptete Immunität dieser gegen Varicellen ist wohl nicht aufrecht zu halten. Die Allgemeinerscheinungen sind nicht entscheidend, da einerseits an Variolois Erkrankte sich sehr wohl fühlen können, andererseits die Varicellen, zumal bei Erwachsenen, sehr unangenehme Beschwerden, Fieber, Kreuzschmerzen etc. bewirken können. Ebensowenig ist die Form des Exanthems oder die Art der Eruption desselben entscheidend. Nachschübe, bei Varicellen häufig, kommen ebenso bei der Variolois auch vor. Kurz, es kann heute unmöglich sein, bestimmt zu entscheiden, was vorliegt, selbst wenn man den Impfzustand berücksichtigt. In der Praxis hat man sich natürlich für Variola zu entscheiden und danach die prophylaktischen Maßnahmen zu treffen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft. Ein Beitrag zur Kritik der Vaccinationsstatistik, von Jos. Körösi. (*Deutsche Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl.* 1896.) Entgegen der Thatsache, daß von den ungeimpften Pockenkranken stets bedeutend mehr dieser Krankheit erliegen als von den geimpften, haben die Impfgegner das wichtige Argument ins Treffen geführt, daß sich unter den Ungeimpften die Säuglinge, also jene Altersklasse befinde, deren Sterblichkeit an sich die größte ist, während die Gesamtheit der Geimpften aus den widerstandsfähigeren, älteren Alterselementen bestehe. Sie fordern deshalb, daß in der Pockenstatistik die Altersklassen unterschieden werden und daß namentlich solche Statistiken aufzustellen wären, aus welchen die Sterblichkeit der Säuglinge sowohl bei Geimpften als bei Ungeimpften ausgeschlossen ist. Eine solche Statistik wurde durch Dr. Keller geliefert und er fand, da er nur die Gesamtsumme aller Altersklassen verglich, daß von den Geimpften 15,32%, von den Ungeimpften 27,74% starben, als er aber sowohl von den Geimpften als von den Ungeimpften die Kinder der beiden ersten Lebensjahre ausschloß, daß der letale Ausgang bei Geimpften ebenso häufig (13,15%), als bei den Ungeimpften (13,38%) sei; es zeigte sich sogar, daß in einigen Altersklassen die Geimpften sogar eine größere Letalität aufweisen, als die Ungeimpften, z. B. starben

im Alter von 2 bis 3 Jahren von Geimpften 31,25%,
von Ungeimpften 18,89%,
im Alter von 5 bis 10 Jahren von Geimpften 18,84%,
von Ungeimpften 8,90%.

Ebenso hoch erwies sich die Sterblichkeit der Revaccinierten. — Verfasser konnte nun durch äußerst exakte Nachuntersuchungen nachweisen, daß Keller (selbst ein eifriger Impfgegner) die Originalangaben der ihm unterstellten Bahnärzte in tendenziöser Richtung veränderte und so zu impffeindlichen Resultaten gelangte, während die ihm vorgelegten Berichte eine glänzende Rechtfertigung des Impfschutzes involvierten, es sind nämlich:

	erkrankt	gestorben	
Geimpfte.....	303	20	6,60%
Ungeimpfte	181	39	21,4%
Revaccinierte.....	22	3	
Geblatterte.....	3	1	
Zweifelhafte.....	9	2.	

Karl Ries-Stuttgart.

Mehrere Fälle von echten Pocken und einige sich daran anschließende Beobachtungen über die Ansteckungsgefahr bei Pocken und über die Immunität der Geimpften, von Dietrich. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 24.)

Von aus einem russischen Pockendorf eingewanderten Arbeitern erkrankte einer leicht, angeblich an Windpocken; der Fall wurde nicht angezeigt. Der Kranke infizierte einen anderen Arbeiter, der typische Variola bekam. Es kamen dann noch weitere zwei Pockenfälle vor, die durch dritte Personen vermittelt waren, durch den Krankenhauswärter resp. durch seine Familie. Wäre der erste Fall richtig erkannt, dann wären die weiteren Infektionen verhütet worden. Verfasser plaidiert daher für Anzeigepflicht bei Windpocken, die, zumal bei Erwachsenen, leicht mit Variolois verwechselt werden können. — Einige Mitteilungen über Impfungserfolge werden zum Schlufs angeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ichthyol bei Pocken, von J. Kolbossenko. (*Wratsch.* 1897. No. 18.) Zehn genau beobachtete Patienten, von denen zwei mit ausgesprochenen pyämischen Erscheinungen ins Hospital gebracht wurden und dort bald darauf starben; bei vier bestand Variola confluens und bei den übrigen vier waren die Pusteln sehr reichlich, jedoch ohne zu konfluieren. Vom Beginn der Eruption bis zur vollendeten Abstofsung der Krusten und Borken bepinselte K. die befallenen Stellen — in den schweren Fällen, wo die Pockeneruption den ganzen Körper betraf, die ganze Körperoberfläche — dreimal täglich mit folgender Salbe:

℞ *Ichthyol*	10,0
Ol. amygdal. dulc.	60,0
Lanolini	20,0

Ds. Ungt.

Krankheitsverlauf: Jucken und Schmerzen fehlen im Eruptionsstadium und der Suppuration fast vollständig. Bei der Entwickelung der Pockenpusteln steigt die Temperatur nicht über 39,5. Die Suppuration selbst wird sehr eingeschränkt. Abscefs und Phlegmonen in der Haut kommen nicht vor. Das Exsiccationsstadium dauert nur 3—4 Tage. Bepinselungen der gesamten Körperoberfläche riefen sogar bei Kindern keine Nebenerscheinungen hervor *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über den heutigen Stand der Variolavaccine-Frage. Eine kritische Beleuchtung der dualistischen Auffassung über die Art beider Virus, von M. Freyer. Während man in Deutschland die Unität des Variola- und Vaccinevirus annimmt resp. überzeugt ist, dafs das eine Virus in das andere übergeführt werden kann, hält man in Frankreich an der Dualität immer noch fest. Verfasser wiederholt kurz die positiven Versuche, welche die Unität beweisen, und sucht dann eingehend zum Teil an ihren eigenen Arbeiten die Unhaltbarkeit der dualistischen Auffassung französischer Autoren darzuthun. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Übertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine, von Freyer. (*Centralbl. f. Hygiene.* 1897. No. 21.) Den negativen Erfolgen der Vaccineerzeugung durch Variolastoff stehen nur wenige positive gegenüber. Verfasser hatte 1892 einen solchen erzielt; darauf kamen dann mehrere Mifserfolge. Jetzt kann er wieder über ein positives Ergebnis berichten. Dasselbe ist aufserhalb der Impfanstalt erzielt, was eine zufällige Mitimpfung ausschliefst. Dieses positive Resultat zeigte von drei von demselben Kranken geimpften Kälbern nur eines; eins wurde gar nicht alteriert, eines wenigstens zum Teil immunisiert. Der von dem mit Erfolg geimpften Kalbe gewonnene Pockenstoff wurde durch vier Generationen fortgezüchtet und dann auf Kinder verimpft. Es entwickelten sich ganz normale Vaccinepusteln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pocken und Impfung in England, von N. A. Humphrey. (*Brit. med. Journ.* 20. Febr. 1897.) In 12 Jahren vor Einführung des Impfzwanges kamen jährlich

durchschnittlich 408 Pockenfälle auf 1 Million Menschen jeden Alters in England. In den 42 Jahren, seitdem die obligatorische Impfung besteht, fiel die jährliche Durchschnittszahl der Pockenfälle auf 126 auf 1 Million Menschen, und zwar sind die meisten Erkrankten hiervon Kinder unter 10 Jahren, indessen kommen die tödlich verlaufenden Fälle mehr im Jünglingsalter vor, in welchem die in der Kindheit vorgenommene Vaccination wenig oder gar keine Immunität mehr gegen die Pocken gewährt. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Impfung in Nieder-Österreich, von August Mitscha. (*Hyg. Rundsch.* 1896. No. 23.) In Osterreich wurde im Jahre 1803 die Variolation verboten und die Vaccination verboten. Es besteht aber kein durch Gesetz geregelter Impfzwang, aber indirekt wird derselbe doch dadurch ausgeübt, dafs von den Schulkindern Impfzeugnisse verlangt werden und das Militär geimpft wird. Verfasser macht über den Modus und die entsprechenden Vorschriften genauere Mitteilungen. Das Resultat ist ein günstiges. Von sämtlichen Schulkindern Nieder-Österreichs waren 1893 nur 3,5 %, 1894 nur 2,2 % ungeimpft, und zwar 1893 in Wien 1,6 %, aufserhalb Wiens 4,9 %, 1894 in Wien 1 %, aufserhalb Wiens 3,2 %. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Thatsachen betreffs Impfung, von C. S. Patterson. (*Lancet.* 24. Okt. 1896.) Bei der unter Leitung von Baron Dhanis (1891—1894) ausgeführten Expedition des Kongo-Staates gegen die Araber hat Dr. Hinde folgende Beobachtungen gemacht, auf welche Patterson hier hinweist. Von den ca. 25000 Personen im Lager (Männer, Frauen, Kinder, Hülfsträger, Gefangene etc.) erkrankte etwa die Hälfte. Von den Verschonten hatten viele die Pocken bereits überstanden, oder auch sie waren nach arabischer Art an der Stirn variolisiert worden. Die Mortalität betrug 33⅓ % der Erkrankungen. Von den Soldaten erkrankten von 158 Geimpften nur zwei, während von 208 Ungeimpften 105 erkrankten mit einer Sterblichkeit von 76 %.
Philippi-Remscheid.

Ein Unikum in Bezug auf Impfverlauf, von C. F. Sutton. (*Lancet.* 24. Okt. 1896.) Im Märzmonat wurde ein Kind mit Kälberlymphe am Arm mit durchaus normalem Erfolg geimpft. Im April, Juni, Juli und Oktober, also viermal, entwickelten sich auf allen Impfstellen (4) wiederum typische Impfbläschen, als ob das Kind von neuem vacciniert worden wäre. Im übrigen war dasselbe gesund. Um Aufklärung wird gebeten. *Philippi-Remscheid.*

Zur Kenntnis der Impfpockenbildung beim Kalbe, von Julius Steinhaus in Warschau. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat.* 1897. Bd. VIII.) Steinhaus hat 26 Impfpocken des Kalbes vom ersten bis zum zehnten Tage nach der Infektion (durch Schnitt) untersucht. Noch lebenswarm wurde das Material in konzentrierte Sublimatlösung und in absoluten Alkohol gebracht. (Flemmings Lösung wurde nicht verwandt. Ref.) Bezüglich der histologischen Befunde weifs sich Verfasser „in Übereinstimmung mit den Angaben Unnas (*Histopathologie* 1894) und Buris (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892) über das Vaccineexanthem". Ein Unterschied besteht nur in der Frage nach dem Degenerationsmodus der Epidermiszellen. — Im Gegensatz zu Unna und Buri fand Steinhaus weder die retikulierende noch ballonierende Degeneration, dagegen die hydropische (Ziegler) mit einer charakteristischen mitotischen Kernteilung ohne darauffolgende Zellteilung. Die hydropische Degeneration steht der retikulierenden Unnas nach Verf. nahe, darf aber mit ihr nicht identifiziert werden. Die Hauptunterschiede liegen nach der Beschreibung darin, dafs bei der „hydropischen Degeneration" die Stacheln sehr früh schwinden und keine Kernzerbröckelung, sondern eine mitotische Kernteilung statt hat. Unna, Buri und Steinhaus beschreiben, wie

das Protoplasma von kleinen Vacuolen durchsetzt wird, die gröfser werden und durch Einreifsen der Scheidewände an Zahl abnehmen, an Gröfse wachsen. Auf einer Tafel veranschaulicht Steinhaus sehr gut den retikulären Bau des geschwollenen Protoplasmaleibes bezw. das spongioblastische Gerüstwerk. Dieses Bild liegt der Unnaschen Bezeichnung zu Grunde. Referent vermag daher nicht einzusehen, weshalb Steinhaus die retikulierende Degeneration in seinen Präparaten vermifst hat, und hebt noch hervor, dafs Unna und Buri an von Menschen stammendem Material ihre Untersuchungen angestellt haben, ein Umstand, der für die abweichenden Befunde von Steinhaus ins Gewicht fällt. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Über die Form und Färbbarkeit der Zelleinschlüsse bei Vaccineimpfungen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri), von v. Wasielewski. (*Centralbl. f. Bakter.* 1897. No. 24/25.) Verfasser hat die von Guarnieri geschilderten Zelleinschlüsse bei Variola und Vaccine genauer untersucht; er giebt eingehend das Färbe- und Impfungsverfahren an und schildert seine nach Impfung am Kaninchenauge erhobenen Befunde. Auch er hält diese Gebilde, wie Pfeiffer und viele andere, für Schmarotzer. Die Stellung und Bedeutung derselben ist aber noch eine offene Frage.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Impftechnik, von Kreissmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Mit den Platiniridiummesserchen hat Verfasser die besten Erfahrungen gemacht. Bei schwacher Spiritusflamme mit $^1/_2$ cm breitem Docht werden sie sehr schnell glühend und dadurch steril. Die zu Impfenden sehen die Procedur und sind dadurch psychisch beruhigt. Zwei solche Lindenbornschen Messerchen kosten 7 Mark, sie reichen für alle Massenimpfungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen zur Impfpraxis, von Gustav Herz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 30.) Verfasser bespricht die möglichen Impfschäden: Erysipel, Phlegmone, Übertragung von Syphilis und Tuberkulose, von Maul- und Klauenseuche, septische Folgezustände, Nebenpocken, Vaccineophthalmie, allgemeine Pockeneruption, vaccinale Erytheme, Lymphdrüsenentzündungen etc. Um diese Schäden zu vermeiden, bedarf es zunächst eines tadellosen Impfstoffs, der mit Glycerin versetzt ist, wodurch die beigemengten Keime vermindert werden, ferner ein steriles Instrument reine Arme und Hände. Verfasser empfiehlt bei Soldaten Abreiben der gewaschenen Haut mit absolutem Alkohol oder Äther, Anlegen von drei seichten Lappenschnittchen (Ritzer), Abwischen des Überschusses, Bestreuen mit Amylum. Jeder Verband ist übrig. Schliefslich plädiert Verfasser für eine genaue Impfstatistik im Heere.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Impftechnik, von Weichart. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 28.) Zur Durchführung der Impfung mit sterilen Instrumenten empfiehlt Verfasser Impfspatel aus reinem Nickel, die unverwüstlich und billig sind. Die Metallwaarenfabrik von O. Seyffart in Altenburg liefert 25 Stück der zweischneidigen, 14 cm langen, 8 mm breiten, 1 mm dicken Spatel für 4 Mark. Auf diese Weise kann der Impfarzt ohne grofse pekuniäre Opfer jede Impfung mit einem besondern sterilen Instrument ausführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

Tuberkulose.

Über Lupus und Schutzpockenimpfung spricht Lierreich im Verein für innere Medizin in Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. Vereinsbeilage No. 21.) Bei dem jetzt 15jährigen Mädchen stellten sich im ersten Lebensjahre ungefähr

1/2 Jahr nach der Impfung rote Flecken auf der rechten Wange ein; dazu kamen einige Flecken am Vorderarm. Im 12. Lebensjahre revacciniert, entwickelten sich an der Impfstelle die gleichen Veränderungen. Es handelt sich um Lupus, den die Mutter auf die Impfung zurückführen will, was aber natürlich keine Berechtigung hat. Die ersten Lupusknötchen können nicht von der ersten Impfung herstammen, da wir keinen Fall kennen, bei dem Tuberkelbacillen an irgend einer Stelle in den Körper gelangen und entfernt von dieser Stelle zu Lupus Veranlassung geben. Die Lupusentwickelung nach der zweiten Impfung ist natürlich durch Übertragung von der primär erkrankten Stelle vermittelt. — Man muſs bei der Impfung stets darauf achten, ob nicht irgendwo Lupus vorhanden ist. Das feststellen kann man aber nur durch Glasdruck und Phaneroskopie. Letztere zeigt bei Lupus den Hof um den Knoten hell aufleuchtend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung des Lupus vulgaris, von Hugo Müller, Assistenzarzt des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (*Die Praxis*. 1896. No. 13.) Die Behandlung des Lupus vulgaris von seiten des nicht spezialistischen Kollegen bespricht Verfasser in einer kleinen für *Die Praxis* bestimmten Abhandlung und wahrlich eine solche Besprechung ist gewiſs nicht überflüssig, wenn man bedenkt, wie häufig der Lupus verkannt und dadurch die Möglichkeit einer Heilung oder wenigstens einer Milderung durch Verschleppung und Verschlimmerung der Fälle vereitelt wird. Gewiſs giebt es ja Fälle, wo die Diagnose des Lupus vulgaris Schwierigkeiten bietet, wo Verwechselungen mit knotigen, bezw. ulcerösen Syphiliden, mit Cancroiden etc. naheliegen, doch ist die Mehrzahl der Fälle, wie Verfasser betont, an ihren typischen braunroten Knötchen leicht zu erkennen. Für solche Fälle in erster Linie ist die möglichst weit im gesunden Gewebe vorgenommene Excision des gesamten Erkrankungsgebietes zu empfehlen. Allerdings ist dies nur bei eng umschriebenen Krankheitsherden durchzuführen, bei zu groſsem Hautdefekt muſs der Substanzverlust durch Transplantation nach Thiersch gedeckt werden. Nach erfolgter Heilung ist besonders darauf zu achten, ob nicht in der lineären Narbe oder auf dem transplantierten Hautlappen verdächtige Stellen erscheinen; ist dies der Fall, so empfiehlt Verfasser nach den Angaben von Unna und Liebreich, mit einem flach aufgelegten Glasspatel auf die Haut einen gleichmäſsigen Druck auszuüben. Dann sieht man die Knötchen sich deutlicher als vorher von der nunmehr infolge der Druckanämie blaſs gewordenen Umgebung abheben. Zur Beseitigung eines etwaigen Recidivs dient der von Unna eingeführte Mikrobrenner, mit dem man jedes sichtbare Knötchen einzeln ausbrennen kann, ohne Narben hervorzurufen, oder der von Unna empfohlene Salicylkreosotpflastermull oder das Herxheimersche Perubalsampflaster. — Macht die schon zu weit vorgeschrittene Erkrankung eine Excision in toto unmöglich, so kann man durch häufige lineäre Skarifikationen die einzelnen Knötchen zerstören und zugleich durch Verödung der Blutgefäſse den Prozeſs zum Stillstand bringen. Wärmer noch empfiehlt Verfasser folgende Methode: In Narkose wird der ganze Erkrankungsherd mit dem scharfen Löffel gründlich ausgekratzt und während der Narkose die ganze Partie mit koncentrierter Milchsäure ausgeätzt. Jodoformverband. Zur Verhütung einer Überhäutung, die häufig ein Recidiv mit sich bringt, wird auf der Herxheimerschen Klinik eine fortgesetzte chemische Ätzbehandlung mit 2—5%iger Pyrogallusvaseline angeschlossen, mit der man trotz der Schmerzhaftigkeit allmählich bis zu 10% steigt. Die Applikation dieser Salbe erzielt eine tiefe Ausätzung des gesamten lupösen Gewebes, während das gesunde Gewebe intakt geblieben ist. Jetzt kann man die Überhäutung rasch eintreten lassen und dann etwaige Recidive einem neuen Pyrogallusturnus unterziehen. Zur Nachbehandlung wende man Vaseline oder Borvaseline an, das die brennenden Schmerzen lindert, später Umschläge mit

1—2%iger essigsaurer Thonerdelösung. Vorgeschrittenere Fälle, bei denen aus äufseren Gründen kein chirurgischer Eingriff gemacht wird, empfiehlt Verfasser mit Milchsäure zu behandeln, die entweder unverdünnt an der erkrankten Hautpartie eingerieben wird, worauf Jodoformverband angelegt wird, oder die in Form einer Paste angewandt wird (Kieselsäure und Milchsäure 2 : 1), eine Methode, die sehr schmerzhaft. Hat der Lupus die unmittelbare Nachbarschaft der Augen befallen, so schliefst sich der Excochleation eine Paquelinisierung der ganzen Wundfläche an, da sich hier Ätzmittel, wie Pyrogallol und Milchsäure, von selbst verbieten. Neben der lokalen Behandlung ist natürlich bei Lupuspatienten die allgemeine roborierende Therapie (kräftige Ernährung, Bewegung in frischer Luft, Bäder, Jod, Eisen, Arsenik, Leberthran) zu berücksichtigen. *Karl Ries-Stuttgart.*

Über die Heifsluftkauterisation im speziellen bei Lupus vulgaris, von Hollaender. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 43.) Das Prinzip der allmählichen Erwärmung erkrankter Gewebe von der einfachen oberflächlichen Verbrennung bis zur vollkommenen Verkohlung ohne jede Kontaktwirkung läfst sich durch Dampfanwendung (Vaporisation) nicht verwirklichen, wohl aber durch heifse Luft. Der dazu konstruierte Apparat besteht aus einer hohlen Metallschlange mit Zu- und Abführungsrohr. Die Schlinge wird durch irgend eine Hitzequelle bis zur Rotglut erhitzt und dann mittelst eines Doppelgebläses Luft durch sie getrieben. Die austretende Luft hat eine Temperatur von ca. 300° C. Ein 2 cm vor der Austrittsöffnung gehaltenes Stück weifses Papier verkohlt unter Einwirkung des heifsen Luftstrahls sofort. — Die heifse Luft läfst sich bei der Anwendung streng lokalisieren. — Ca. 50 Einzelbrennungen, meistens bei Lupus, hat Verfasser ausgeführt. Bis zur ballonartigen Abhebung der Oberhaut ist der Schmerz bei der Verschorfung sehr heftig, dann mäfsiger. Für ausgedehntere Applikation bedarf es der allgemeinen Narkose. Auffallend ist, dafs die Patienten nachher keine Schmerzen empfinden. Komplikationen irgend welcher Art sind nicht beobachtet. — Verfasser unterscheidet die absolute und relative Verschorfung; erstere besteht in Mumifizierung und Verkohlung. Zuerst hebt sich die Epidermis ballonartig ab, dann wird die Haut unter einer peristaltischen Kontraktion weifs in Folge von Ischämie und Anämie. Bei weiterer Einwirkung wird die feuchte weifse Haut gelb und bekommt einen trockenen Glanz. Hier ist die Grenze der relativen Verschorfung erreicht, es sind nämlich nur die kranken Teile ganz zerstört, die gesunden können sich wieder erholen. Setzt man die Prozedur weiter fort, dann kommt man zur absoluten Verkohlung. — Der Unterschied gegenüber der Paquelinisierung ist das Fehlen einer thermischen Fernwirkung bei letzterer und die unterschiedslose Zerstörung der berührten Stelle. — Die absolute Verbrennung konkurriert nur mit dem Messer; wo eine radikale Entfernung durch das Messer unwahrscheinlich ist, tritt sie in Funktion. Der Schwerpunkt der Methode ruht aber in der relativen Verschorfung, da die gesunde und kranke Haut ihr gegenüber sich verschieden verhält. Sobald die Haut unter Einwirkung der heifsen Luft weifs geworden, treten die Tuberkel, die an dieser mit Kontraktion einhergehenden Ischämie keinen Anteil nehmen, hervor und werden am intensivsten getroffen. Sie werden zerstört, während die gesunde Haut sich erholt. Die handgrofsen gebrannten Flächen weisen innerhalb der Granulationsflächen Epidermisinseln auf, von denen aus die Vernarbung schnell von statten geht, ohne dafs es zu Narbenverziehungen kommt. — Eine Wiederholung der relativen Verbrennung kann natürlich nötig werden. — Die Nachbehandlung besteht in Anlegung eines Borlanolinverbandes, der 3—4 Tage liegen bleibt; dann greift die übliche Wundbehandlung Platz. Bepinselung der Granulationsfläche mit 3%igem Arg. nitr. beschleunigt die Heilung. Feuchte Verbände sind zu meiden. Die Vernarbung erfolgt relativ schnell. Eine zweite relative Ver-

brennung darf eventuell erst nach der Vernarbung vorgenommen werden. — Ein Recidiv sah Verfasser bei Lupus nur einmal, aber auch in diesem Falle ist dasselbe kaum auf die Methode zurückzuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wirkung der Kalomelinjektionen bei Lupus, von Asselbergs. (*Presse méd. belg.* 1897. No. 28.) Fournier hatte früher schon in einer Sitzung der Französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis die wohlthätige Wirkung des Quecksilbers bei Tuberkulose hervorgehoben. Verfasser hat nun Gelegenheit gehabt, 14 Lupuspatienten mit Kalomelinjektionen zu behandeln. Bei allen, ganz besonders abei 4 derselben, welche nach einigen Injektionen geheilt wurden, erzielte er eine bedeutende Besserung aller Erscheinungen; die Ulcerationen vernarben, die Lupusknoten schmelzen zusammen. *C. Müller-Genf.*

Kurze Mitteilung über die bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung des neuen Kochschen Tuberkulins, von Doutrelepont. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 34.) Fünfzehn Lupusfälle hat Verfasser seit April mit T. R. behandelt, von diesen 10 klinisch, 3 ambulatorisch, 2 teils klinisch, teils ambulatorisch. Drei von den Kranken hatten nebenbei leichte tuberkulöse Erkrankungen von Knochen, fast alle tuberkulöse Drüsen. Es wurde mit $^1/_{500}$ mg begonnen und um je $^1/_{500}$ täglich gestiegen bis $^1/_{50}$, dann um je $^1/_{50}$ bis zu 1 mg etc. Trotz des vorsichtigen Steigens sind doch Temperaturen von 39—40° beobachtet worden, die aber Tags darauf wieder auf die Norm sanken und den Patienten nicht besonders alterierten. Die Injektionen wurden stets bis zum Schwunde jeder Temperaturerhöhung ausgesetzt. Eine stärkere Reaktion wurde mit dem Inhalte eines Fläschchens bei vielen Kranken erzielt. Es scheint das Alter des T. R. auf die Temperatur von Einfluſs zu sein. — Die gröſste Dosis war 4 mg. — Lokale Entzündung an der Lupusstelle wurde nur einmal beobachtet. — Die Digestion wurde nicht gestört. — Milzvergröſserung mit hohem Fieber kam auch einmal vor. — Das Körpergewicht nahm im Durchschnitt zu. — Infiltrate an der Injektionsstelle schwanden in einigen Tagen. Abscesse kamen nicht vor, ebenso wenig allgemeine Exantheme. — Der Erfolg der Injektionen war folgender: Die Ulcera überhäuteten relativ schnell, der hypertrophische Lupus fiel zusammen, die einzelnen Lupusknoten sanken ein, es bildete sich Narbengewebe. Die geschwollenen Lymphdrüsen nahmen zum Teil an Umfang ab, zum Teil vereiterten sie. — Verfasser hält die Wirkung des T. R. für eine günstige; es tritt deutlich fortschreitende Besserung ein. Jedenfalls wirkt es besser als das alte Präparat. — Zum Schluſs warnt Verfasser nochmals vor schneller Steigerung der Dosis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das neue Tuberkulin T. R. bei der Behandlung des Lupus und der Blasentuberkulose, von W. van Hoorn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 39.) Zehn Fälle von Lupus vulgaris, einen von Blasentuberkulose und tuberkulöser Epididymitis behandelte van Hoorn ambulant mit dem neuen Tuberkulin. Die Kur ist bei keinem der Patienten schon abgeschlossen, aber die bisherigen Ergebnisse schon sehr günstige. Alle Patienten muſsten nach der Injektion zweistündlich Temperatur messen, worin sie unterrichtet wurden, und sich zu Bett legen, sobald die Temperatur um einen Grad stieg. — Alle Lupusfälle bis auf einen waren unkomplizierte; dieser zeigte einen leichten Katarrh der linken Lungenspitze. — Es wurden im ganzen 169 Injektionen gemacht; ein Patient hatte in 28 Tagen schon 21 Injektionen erhalten. Stets trat lokale Reaktion in Gestalt von Rötung und Schwellung auf; nach einer Sendung war sie so heftig wie beim alten Tuberkulin. Die allgemeine Reaktion bestand in einer Temperaturerhöhung, die aber erst bei einer Dosis von $^2/_3$ mg auf-

trat. Meistens war die Erhöhung eine mäfsige, nur bisweilen betrug sie 39—40°; besonders war das Fieber nach der eben genannten Sendung bei allen sehr stark. Kopfschmerzen, Schwere in den Gliedern, Schwindel, Verdauungsstörungen, sogar Erbrechen wurden oft, Pruritus zuweilen geklagt. — Die Injektionsstelle zeigte einige Stunden nach der Injektion etwas Rötung, die aber fast stets nach zwei Stunden geschwunden war. Zweimal entstand eine kleine Pustel, zweimal eine leichte Infiltration. — Begonnen wurde mit $^1/_{1000}$ mg; die Dosis wurde, wenn das Fieber nicht um einen Grad stieg, alle 2—3 Tage verdoppelt oder verdreifacht. War 1 mg erreicht, dann wurde noch vorsichtiger vorgegangen; solange die lokale Reaktion anhielt, wurde nicht über 10 mg, einmal in der Woche gestiegen. Alle Patienten haben sich während der Behandlung gebessert und sind mit dem Erfolge zufrieden. Die Besserung zeigte sich auch da, wo keine nennenswerte lokale Reaktion eintrat. Die lupösen Stellen wurden blasser, die Infiltration ging zurück, kleine Tuberkel verschwanden. Vier haben an Gewicht zugenommen, nur einer zeigte geringe Gewichtsabnahme. — Der Fall von Blasentuberkulose verlief weniger gut. Schon nach den kleinsten Dosen stellten sich Blasenbeschwerden ein, sodafs nur eine Injektion in der Woche gemacht werden konnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung des Lupus, von Victor Janovsky. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 19.) Die intern beim Lupus gegebenen Medikamente sind nur Adjuvantia. Von den externen Eingriffen steht die Auskratzung mit nachfolgender Applikation des Thermokauter obenan. Weniger wirksam sind die Skarifikationen nach Volkmann-Vidalscher Methode. Die Galvanokaustik leistet zur Zerstörung kleiner Herde gute Dienste; man kann auch galvanokaustische Skarifikationen ausführen. Die Excision hat Verfasser wenig geübt; bei ausgedehnter Erkrankung giebt sie entstellende Narben. Tuberkulin ist diagnostisch von sicherer Wirkung; therapeutisch hat es sich beim Lupus tumidus bewährt. Beim Lupus scleroticus et verrucosus versagt es ganz. Recidive verhütet es nicht. Tuberkulocidin und Kantharidin haben nichts geleistet; es trat auch keine Reaktion ein; ebenso wertlos ist Thiosinamin. Dem Tuberkulin ähnlich wirkte Nuklein. — Wo eine Operation unmöglich oder ausgedehnte flache Herde bestehen, geht man medikamentös vor. Die kausal wirkenden Mittel sind alle Atzmittel. Vor der Applikation mufs jede Reizung, Krustenbildung beseitigt, etwa vorhandene Hornschichtverdickung entfernt werden. Zu letzterem Zwecke dient Emplastr. saponato-salicyl., dem bei reichlicher Vaskularisation 5% Ichthyol beigemengt werden kann; zu ersterem Öl, Umschläge mit Liq. Burowii, 1% Resorcinlösung. Sublimatlösungen (1 : 2000) sind nur bei lupösen Geschwüren von speckigem Aussehen zu empfehlen. — Jodoform wirkt oft günstig, besonders nach Operationen, oft reizt es aber. Sehr geeignet ist oft eine 10%ige Borsalbe; Ol. jecoris aselli hat sich nicht bewährt. — Elektive Atzmittel sind: Arsen, Pyrogallussäure, Salicyl-Kreosotpaste und Parachlorophenolpaste. Arsenpasten sind wegen der Schmerzhaftigkeit und Giftigkeit zu vermeiden. Pyrogallussäure als 10%ige Salbe oder als Pflastermull wirkt gut, darf aber mit Rücksicht auf die Intoxikationsgefahr auch nur vorsichtig angewendet werden. Gute Erfolge giebt Salicyl-Kreosot als Pflaster oder Paste:

Acid. salicyl. crystallis. 40,0,
Creosot 80,0,
Cerat. simpl. 60,0,
Cer. alb. 20,0.

Die Paste wird durch Kontentivverband befestigt, bleibt 2—3 Tage liegen und wird dann erneuert, bis an Stelle des Lupus normale Granulationen vorhanden sind, dann kommen milde Salben. — Sehr günstige Resultate giebt die Parachlorophenolpaste Elsenbergs. Das Parachlorphenol zerstört rasch das lupöse Gewebe; das Terrain

muſs vorher mit Alkohol, Äther und einer koncentrierten wässerigen Lösung von Kal. carbon. oder Natr. carbon. gereinigt werden. Dann legt man

Parachlorophenol,
Vaselin ā 50,0 oder
Parachlorophenol,
Lanolin,
Vaselin,
Amyl. tritici ā

auf. Nach 10—12 Stunden wird die Paste entfernt und Borsalbe, Lassarsche Paste oder schwache Salicylsalbe aufgelegt. Nach zwei Tagen wird wieder die Paste appliziert. So geht es 10—14 Tage. Die lupösen Stellen bedecken sich mit einem gelblich-roten Schorf, der nach 8—10 Tagen abfällt. Die Schmerzen sind gering. Verfasser zieht dieses Mittel dem Salicyl-Kreosot vor. — Alle diese Methoden vermögen nicht Recidiven vorzubeugen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Thyreoidbehandlung des Lupus, von F. G. Proudfoot. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1897.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Lupus, bei welchen die Thyreoidbehandlung von sehr günstigem Erfolge begleitet war. — Fall 1 betraf ein 19jähriges Mädchen, das seit 10 Jahren an Lupus im Gesicht und an anderen Körperstellen leidet und bisher mit den verschiedensten Methoden ohne nachhaltigen Erfolg behandelt worden ist. Vor Beginn der Thyreoidbehandlung wurden die affizierten Partien gründlich ausgekratzt; am nächsten Tag erhielt die Patientin 5 Grains Thyreoidextrakt, und zwar 3 mal täglich. Nach drei Tagen wurde die Einzeldosis auf 10 Grains gesteigert und so fort, bis 3 mal täglich 25 Grains von der Patientin eingenommen wurden. Nachdem die Heilung gute Fortschritte machte, wurde die Einzeldosis bis auf 5 Grains 3 mal täglich verringert. Die Patientin ist nunmehr vollständig frei von der Krankheit und hat auch, ebenso wie der zweite vom Verfasser beschriebene Fall im Laufe von 8 Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhause kein Recidiv mehr bekommen. (NB. Die Fälle sind insofern nicht ganz eindeutig, als die gründliche Auskratzung, welche der Thyreoidbehandlung vorausging, nicht wenig zu dem günstigen Erfolge beigetragen haben mag. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Syphilis.

Bericht über zwei Fälle von Syphilis nebst Bemerkungen über Ptyalismus, von C. Travis Drennen. (*Med. News.* 21. Aug. 1897.) Nach Ansicht D.s ist die Bedeutung der Salivation als Grenze für die Darreichung von Hg bei Syphilis erheblich überschätzt worden. Er berichtet über einen Fall, bei welchem ein 24jähriger Lebemann mit phagedänischem Schanker trotz Hg binnen 10 Tagen fast $^2/_3$ des Penis einbüfste und bei Fortsetzung dieser Behandlung zahlreiche Geschwüre im Rachen und an anderen Stellen entwickelte, sowie hochgradigste Anästhesien, Anämie, Kräfteverfall und Hypochondrie, ohne dafs je eine Spur von Salivation auftrat. Schliefslich erholte sich Patient völlig unter tonisierender Behandlung. Ein Gegenstück dazu bot eine verheiratete Frau, bei der alle Versuche, Hg zu geben, an sofortigem Speichelfluſs und Entzündung des Zahnfleisches scheiterten. Verfasser behandelte die Gingivitis durch tüchtiges Bürsten nach Kokainisierung und mit antiseptischen Mundwässern, wobei er, ohne auf die Zahnfleischaffektion Rücksicht zu nehmen, Hg mit Gold gab. Auch in diesem Falle hatte er einen schönen Erfolg zu verzeichnen. *Philippi-Remscheid.*

Ungewöhnlicher syphilitischer Ausschlag bei einem Kinde, von S. West. (*Brit. med. Journ.* 6. März 1897.) Das Kind war bis zum achten Lebensmonate gesund. Fünf Monate später kam es in Behandlung des Verfassers mit einem koncentrischen Ausschlag an beiden Wangen, einer allgemeinen Licheneruption und Condylomata ad anum. *C. Berliner-Aachen.*

Spätformen der Syphilis und deren Behandlung. Folgewirkungen an der Nase, von C. H. KNIGHT. (*New York Med. Journ.* 19. Sept. 1896.) Ein 15jähriges Mädchen kam wegen einer kolossalen, hyperplastischen Schwellung der rechten unteren Nasenmuschel in ärztliche Behandlung. Nach einmaliger Entfernung kehrte die Geschwulst wieder und bot nach nochmaliger Abtragung unterm Mikroskop ganz das Aussehen eines kleinzelligen Sarkoms dar. Weitere Eingriffe wurden nur verhütet durch das (anamastisch und nach dem objektiven Befund ganz unerwartete) Auftreten einer Schwellung am Schienbein, eines Gummas. Nach gründlicher antisyphilitischer Behandlung trat völlige Heilung ein. — Im Anschluſs an diesen Fall bespricht K. die verschiedenen Methoden, welche zur Beseitigung von Nasendeformitäten (Sattelnase) nach syphilitischer Knochenzerstörung angewandt werden, und beschreibt die Stützapparate nach LÉTIÉVANT, WEIR und MARTIN aus Aluminium und Platin in ihren verschiedenen Modifikationen. Bekanntlich werden dieselben nach einer Incision durch die Gingivolabial-Furche unter die Haut eingeführt und geben, wenn auch öfters von Mifserfolg begleitet, doch vielfach sehr erfreuliche Resultate.

Philippi-Remscheid.

Beiträge zur Pathologie des Ikterus syphiliticus, von SIEGMUND WERNER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 27.) Es unterliegt heute keinem Zweifel, daſs es einen Ikterus syphiliticus im Frühstadium giebt. Auf der Abteilung von ENGEL-REIMERS wurde derselbe unter 15799 Fällen 57 mal beobachtet, d. h. in 0,37% der Fälle. Er ist charakterisiert: 1. durch das Auftreten im Frühstadium, 2. durch gleichzeitiges Vorhandensein spezifischer Manifestationen, 3. durch die Wirksamkeit der antiluetischen Therapie, 4. durch plötzliches Entstehen ohne gastrische Störungen, soweit dieselben nicht die luetische Eruption begleiten. — Die lange Dauer des Ikterus ist nicht als charakteristisch anzusehen. Meistens begleitet der Ikterus die erste Eruption der sekundären Syphilis, resp. das erste Recidiv, seltener die späteren Recidive. Eine Wiederkehr mit erneutem Recidiv ist äuſserst selten; Verfasser hat es nur einmal gefunden. Solche Fälle sind für den Zusammenhang natürlich sehr beweisend. Es giebt auch Fälle, in welchen der Ikterus der Eruption vorausgeht, um dann mit derselben auf spezifische Therapie zu schwinden. Wo der Ikterus den Eruptionen nachfolgt, hat man fälschlicher Weise denselben als Quecksilberwirkung ansehen wollen. Tritt der Ikterus bei Luetischen auf, ohne manifeste Symptome, dann ist der Beweis für die Zusammengehörigkeit natürlich am schwersten zu führen. Es ist dieser Ikterus gleichsam ein Äquivalent für ein Recidiv. Der Schluſs muſs ex juvantibus gezogen werden. — Der Ikterus syphiliticus ist bei Weibern häufiger als bei Männern, weil, wie FOURNIER meint, bei diesen überhaupt die Frühsymptome mehr ausgesprochen sind. — Es giebt natürlich auch Ikterus bei Syphilis ohne direkten Zusammenhang als Ikterus catarrhalis, als Ausdruck einer Lebercirrhose. — Vom Ikterus syphiliticus abzutrennen ist der Ikterus bei spätsyphilitischen Leberaffektionen und bei der akuten gelben Leberatrophie, die während der Frühsyphilis vorkommt. — Der Grad des Ikterus ist sehr verschieden, Pruritus ist selten, Xanthopsie wurde dreimal beobachtet. Oft nimmt die Intensität des Ikterus im Beginne der Quecksilbertherapie noch zu, um dann prompt zu schwinden. — Die Leberschwellung ist nicht auffallend, Milzschwellung zuweilen vorhanden. Die Dauer des Ikterus beträgt zwei bis acht Wochen, meistens geht er nach Beginn der Quecksilberapplikation in vier Wochen zurück. Was den Zeitpunkt des Auftretens betrifft, so wurde der Ikterus frühestens sechs Wochen, spätestens $2^1/_2$ Jahre nach der Infektion beobachtet. — Der Verlauf der mit Ikterus einhergehenden Syphilisfälle ist meistens ein schwerer, viele und ausgedehnte Recidive treten gewöhnlich auf. Zahlreiche Erklärungsversuche sind für die Entstehung des Ikterus gegeben, die Verfasser alle rekapituliert; die wahrschein-

liebsten Hypothesen nehmen Schwellung der portalen Drüsen und papulöse Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Gallenwege als pathologischen Substrat an.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Ikterus und Frühsyphilis, Sammelreferat von Moeller. (*Fortschritte d. Med.* 1897. No. 12.) Ein relativ kurzer Bericht über den Ikterus im Sekundärstadium der Syphilis unter Berücksichtigung der ganzen einschlägigen Litteratur.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Lungensyphilis, von Carbuccio (*Policlinico.* 15. Juli 1897.) Verfasser beschreibt ausführlich zwei Fälle dieser Affektion; der eine derselben (25jähr. Patientin) wurde durch Sublimatinjektionen geheilt, der andere (3¾jähr. Kind) verlief letal. Die Krankheit verlief, wie stets, unter dem Bilde einer katarrhalischen und interstitiellen Pneumonie.

C. Müller-Genf.

Die Folgezustände der Syphilis im Rachen und deren Behandlung, von J. E. H. Nichols. (*New York Med. Journ.* 26. September 1896.) Wie Verfasser durch eine kurze Übersicht der Litteratur darlegt, sind alle Autoren sich darin so ziemlich einig, dafs die Narbenschrumpfungen im Pharynx nach Syphilis wegen der häufigen Recidive ein sehr undankbares, obgleich sehr wichtiges Behandlungsobjekt darstellen. Zur Lösung des Problems hat er sich deshalb folgende Methode ersonnen, welche ihm auch bei dreizehn Fällen, mit einer einzigen, sehr erklärlichen Ausnahme, ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Im wesentlichen beruht dieselbe auf der Erzeugung eines Narbenschutzwalles jenseits der zu durchtrennenden Verwachsung, ähnlich wie dies beim Operieren wegen Syndaktylie gemacht wird: Nach Kokainisierung der betreffenden Teile wird von dem wohl immer noch vorhandenen, wenn auch sehr engen Verbindungskanal zwischen Mund und Nase aus mit einer Staphylorrhaphienadel ein feiner Faden von dem einen Hohlraum in den anderen geführt und unter Durchstechung des Narbengewebes in passender Entfernung wieder herausgebracht. Vermittelst dieses dünneren Leitfadens wird ein dickerer doppelter hinterher gezogen, welcher dann fest geknotet liegen bleibt. Der Knoten wird in den Nasenrachenraum hinauf praktiziert und macht dann keine Beschwerden. Nach acht bis vierzehn Tagen werden beide Öffnungen durch Incision verbunden und das Verfahren nötigenfalls ein- oder mehrere Male wiederholt. Gegen das sonst unvermeidliche Schrumpfen nach dem Schnitt bietet das durch den Faden erzeugte Narbengewebe einen wirksamen Schutz.

Philippi-Remscheid.

Über einen Fall von erworbener Atresie des einen Gehörganges, sowie beider Naseneingänge, kompliziert mit luetischer Sattelnase, von F. Ketterl. (*Internat. photogr. Monatsschrift f. Med.* 1897. No. 3.) Ein achtjähriges, im Wachstum zurückgebliebenes Mädchen zeigte eine Sattelnase mit völliger Atresie beider Nasenlöcher, eine Atresie des linken Gehörganges und eine rechtsseitige purulente Otitis. Das Kind hatte von Kindheit auf eine Coryza, allmählich sank der Nasenrücken im zweiten Lebensjahre ein, die Nasenöffnungen wuchsen zu. Die Atresie des äufseren Gehörganges ist wahrscheinlich auf ulceröse Prozesse zurückzuführen. Genaue Nachforschung ergab, dafs die Mutter luetisch infiziert war. Die Behandlung wurde eingeleitet mit einer plastischen Herstellung des knöchernen Nasengerüstes unter Benutzung von Knochenstücken aus der Tibia, die gut einheilten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von R. Wilbrand und A. Staelin. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten* Bd. I. Heft 3; auch als Sonderdruck bei Leopold Voss, Hamburg.) Verfasser berichten über Augenuntersuchungen bei 200 in der Frühperiode der Syphilis befindlichen Kranken

in ganz eingehender Weise unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur. Hier kann nur kurz einiges wiedergegeben werden: A. Die Augenlider. Es wurde in 6,8% der Fälle Alopecie der Augenbrauen, in 1,4% der Fälle Exanthem daselbst gefunden, während in 5,1% die Cilien ausgefallen, in 0,7% die Lider Sitz des Exanthems geworden waren. Es gehört also der Cilienausfall zu den Seltenheiten, während das Ausfallen der Augenbrauen häufiger ist. Das Fehlen der Cilien kann Conjunctivitis bedingen. Die Schleimpapeln saßen gewöhnlich am äußeren Augenwinkel, nur einmal am unteren Lide. Primäraffekte am Lide wurden nicht beobachtet; in manchen Gegenden sind sie häufiger, so in Rußland. Dieselben werden vermittelt durch Küssen, Auslecken von Fremdkörpern, Reinigung der Lider mit Speichel, gemeinsame Benutzung von Wäschegegenständen, Anhauchen etc. — B. Conjunctiva. Häufig war Hyperämie vorhanden, zuweilen abnorme Blässe als Ausdruck des chlorotischen Zustandes. Zweimal wurde Follikularkatarrh gefunden, der auch der Syphilis zur Last fallen soll (Mooren), ebenso wie manche Conjunctivitis. Schleimpapeln an der Conjunctiva fanden sich in 10,5% der Fälle, fast stets zusammen mit solchen an anderen Stellen. Sie sitzen besonders häufig an der Karunkel und der Plica semilunaris. Nur je einmal war die Conjunctiva des Oberlides und des Bulbus betroffen. Gegenständige Papeln am Bulbus bei affizierter Conjunctiva palpebr. infer., durch Kontakt entstanden, sind nicht selten. Vor lokaler Behandlung der Conjunctivapapeln ist zu warnen. Sehr selten sind Primäraffekte in der Conjunctiva; im Hamburger Krankenhaus ist ein solcher unter 17500 Luetischen nur einmal gesehen. — C. Die Sklera. Einmal bestand auf beiden Augen Episkleritis. An diese kann sich eine sogenannte sklerosierende Rundinfiltration und Keratitis parenchymatosa anschließen. — D. Die Cornea. Bei der acquirierten Lues wird die Cornea äußerst selten, bei der hereditären relativ oft ergriffen. Einmal sahen Verfasser Keratitis parenchymatosa bei erworbener Syphilis. Bäumler fand unter 20518 Augenkranken 285 Luetische und darunter 42 mal (= 18%) die Cornea affiziert, Alexander unter 50000 Augenkranken 1385 Luetische und darunter in 5,48% der Fälle die Cornea affiziert. — E. Iris. Es wurde gefunden einmal Hyperämie der Iris, dreimal Iritis, zweimal hintere Synechien, viermal Iritis zusammen mit Chorioiditis. Statistische Angaben über die Häufigkeit der Iritis luetica werden angeschlossen, deren Wert wohl sehr zweifelhaft ist. Die Iritis luetica hat, abgesehen von der papulösen Form, nichts Charakteristisches. Komplikationen und Recidive sind häufig. — F. Chorioidea. Es wurden beobachtet: Staubförmige Chorioiditis mit Iritis in vier Fällen mit fünf Augen, Chorioiditis mit Netzhautblutungen und Neuroretinitis in einem Fall mit zwei Augen, einzelne chorioiditische Herde in einem Fall mit einem Auge. Die erstgenannte Erkrankungsform wird von andern als Retinitis bezeichnet, was aber nach Förster unrichtig ist, wenn auch sekundär die Retina in Mitleidenschaft gezogen wird. Im ganzen zeigten 2,5% der Luetischen der Frühperiode chorioiditische Beteiligung. Verfasser stellten den Satz auf: Je mehr tardiv die Augenlues auftritt, desto häufiger und schwerer die Komplikationen. — G. Pupillen. Hier fanden sich verschiedene Anomalien in Bezug auf Weite und Reaktion. — H. Glaskörper. Viermal waren staubförmige Glaskörpertrübungen vorhanden, als Folge der oben bezeichneten Fälle von Chorioiditis. — I. Linse. Die Linse wird auch sekundär durch die Syphilis in Mitleidenschaft gezogen. In einem Fall wurde sie zum Teil durch Druck einer luetischen Papel im Corpus ciliare aufgesogen. Scherl beschreibt einen Fall, in welchem ein Gumma der Iris und des Corpus ciliare sich auf die Zonula Zinii und Linse fortpflanzte. Verfasser haben in ihren Fällen keine luetische Linsenveränderung gefunden. — K. Sehnerv und Retina. Neuritis und Neuroretinitis fanden sich in 8,5%, Hyperämie der Papille in 19% der Fälle. Die Hyperämie der Papille war ver-

schiedenen Grades, betraf meistens beide Augen; nur bei einem Teil der Fälle war eine geringe koncentrische Gesichtsfeldeinschränkung die Folge. In 14 von 38 Fällen bestanden gleichzeitig hyperämische Zustände an Lidern und Conjunctiva. — L. Neuritis optica. In zwölf Fällen an 16 Augen (= 6%) fand man Neuritis optica, darunter ein Fall von retrobulbärer Neuritis. Viermal war die Neuritis eine doppelseitige. Die Sehschärfe war nur in drei Fällen herabgesetzt, das Gesichtsfeld war in fünf Fällen konzentrisch eingeengt. Aus den bisher bekannten Beobachtungen über Sehnervenerkrankungen nach Lues geht hervor, daß die Hyperämie des Nervus opticus häufig, aber bei zeitiger Behandlung harmlos ist; selten geht sie in Neuritis über. Letztere wird, da sie auch die Funktion nicht zu stören pflegt, gewöhnlich übersehen. Besteht sie aber sehr lange, dann kann eine erhebliche Schädigung des Sehvermögens stattfinden. — Einmal sah Verfasser fünf Monate nach der Infektion Stauungspapille mit lebhaften Cerebralerscheinungen. — Atrophie des Opticus ist unter den 200 Fällen nicht beobachtet; sie könnte in der Frühperiode hervorgehen aus einer Chorioretinitis oder einer retrobulbären Neuritis. — Neuroretinitis wurde in fünf Fällen (=2,5%) gefunden. Die Sehschärfe war bei zweien noch normal, bei den anderen herabgesetzt auf $^6/_9$—$^6/_{18}$. — Reine Retinitis kam nur einmal zur Beobachtung bei einem älteren Patienten. — Verfasser schließen aus ihren Befunden über Beteiligung von Opticus und Retina: 1. Die Syphilis in der Frühperiode hat keine Neigung, primäre Atrophie zu erzeugen. 2. Hyperämische Zustände der Papille sind häufig, führen nicht selten zu Neuritis, seltener zu Neuroretinitis. 3. Die einfache Retinitis kommt am seltensten vor. 4. Die Intensität der Neuritiden in der Frühperiode ist keine sehr große, sowohl nach dem Augenspiegelbefunde, als nach dem Verhalten der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes. 5. Die Hyperämie der Papille und die Neuritis pflegen der ersten Inunktionskur nicht gleichzeitig mit den Exanthemen zu weichen, sind aber doch milde Affektionen. 6. Ob neben der Papille auch der Sehnervenstamm affiziert ist, ist noch unentschieden. — M. Augenmuskeln. Paresen wurden niemals gefunden. Die konstatierten Veränderungen beruhten wohl kaum auf Syphilis. — N. Gesichtsfeld. Bei 79 Fällen (von 200) mit 138 Augen bestand eine koncentrische Gesichtsfeldeinschränkung; von diesen waren nur sechs Fälle mit zehn Augen durch organische Läsion bedingt, die anderen waren rein funktioneller Natur. Es ist jedenfalls diese funktionelle Gesichtsfeldeinschränkung in 34,5% der Fälle sehr auffallend; sie bedeutet eine Störung der Netzhautfunktion infolge der durch das luetische Virus veränderten Blutmischung. — Centrales Skotom auf einem Auge hat der eine Verfasser nur einmal bei Lues gesehen; es wich auf antiluetische Kur. Dieser Fall gehört aber nicht zu den hier in Rede stehenden 200 Fällen. Auch ein paracentrales Skotom kam nur einmal zu seiner Kenntnis. Zonuläre periphere Gesichtsfelddefekte gehören der Spätperiode an; sie sind als Folge einer gummösen, basilären Meningitis gesehen. — Die Arbeit ist noch wegen der Berücksichtigung der Litteratur, wegen der statistischen Angaben und wegen der beigefügten Abbildungen besonders interessant.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 10. 15. Mai 1898.

Über das Erythema induratum BAZINs.

Von

Dr. CH. AUDRY,

Vorstand der dermato-syphilitischen Universitätsklinik zu Toulouse.

(Mit Tafel IV.)

Was wissen wir über das Erythema induratum BAZINs? Diese Frage soll hier erst kurz beantwortet werden, obschon sie mein eigentliches Thema garnicht berührt.[1]

BAZIN hat diese Krankheit in der ihm eigentümlichen Weise beschrieben; er schildert ihr Aussehen und ihre Lokalisation auf den unteren Extremitäten; er fand sie häufig bei jungen Mädchen, „die ganz frisch aussahen und alle Zeichen der skrophulösen Fettansammlung darboten." Auch ihr Vorkommen im Gesicht wird von ihm erwähnt. HARDY weifs zwischen dieser Form und dem Erythema nodosum keinen rechten Unterschied aufzufinden, aber er kennt sie und giebt zu, dafs sie unter Umständen zur Ulceration führen könne. BESNIER, FEULARD, ELLIOT haben derartige Fälle gelegentlich vorgestellt. KAPOSI läfst die Krankheitsform nicht gelten. R. CROCKER hat sie auf den oberen Extremitäten beobachtet. COLCOTT FOX hat neun Fälle gesehen und beschrieben. HUTCHINSON erklärt ausdrücklich, dafs die Geschwürsbildung häufig sei und betont ihre Wichtigkeit; er verweist die Krankheit unter die skrophulösen Formen. PATTISON und WHITE teilen eine Beobachtung mit. THIBIERGE und PRINGLE kommen zu dem Schlufs, dafs das Erythema induratum scrophulosorum

[1] Es ist sonderbar, dafs die deutschen Dermatologen ein Erythema induratum, das den Engländern und Franzosen doch ganz geläufig ist, gar nicht kennen. — Ich gebe hier ein Litteraturverzeichnis, das ich teils MÉNEAU, teils THIBIERGE verdanke. BAZIN, *Leçons sur la Scrofule.* 1867. S. 146. — HARDY, *Maladies de la Peau.* 1886. S. 635 u. S. 966. — BESNIER, *Réunion clinique hebdom. des Médecins de l'Hôpital St.-Louis.* 1888. — FEULARD, das. 1889. — MÉNEAU, *Journal de Médecine de Bordeaux*, März 1896, und *Comptes rendues sur la Clinique derm. de Bordeaux* (DUBREUILH). 1896. — THIBIERGE, *Semaine médicale.* 1895. — CROCKER, *Diseases of the Skin.* 1893. S. 75. — COLCOTT FOX, PATTISON, PRINGLE, GALLOWAY, ADAMSON, *British Journal of Derm.* 1893 u. 1896. — ELLIOT, WHITE, *Journ. of cut. and genito-urinary diseases.* 1892 u. 1894 u. s. w.

wohl nichts Anderes sei als eine Varietät der Hauttuberkulose, die man zum Gumma in nähere oder fernere Beziehung bringen könne. Ich war nun in der glücklichen Lage, bei einer Patientin meiner Abteilung die Dermatose genau untersuchen zu können. — Ich gebe zuerst die durchaus charakteristische Krankengeschichte.

Rosa C., 34 J., Plätterin. Hat als Kind die Röteln gehabt; bekam ihr Unwohlsein mit 12 Jahren, machte mit 18 Jahren eine Peritonitis durch, die sie 3 Monate ans Bett fesselte. Seit jener Zeit blieb das Unwohlsein weg, doch hat Patientin in der letzten Zeit wieder alle vier Wochen einen serösen Abgang, der einen Tag lang andauerte, bemerkt. Schwanger ist sie niemals gewesen.

Leib und Unterleibsorgane sind ganz in Ordnung, abgesehen von einem geringgradigen doppelseitigen Leistenbruch. Im Harn nichts Abnormes.

Etwas fettes, pastöses, blasses Mädchen mit dicker Haut; intelligent. Ihr jetziges Leiden hat vor fünf Jahren begonnen; damals zeigten sich auf dem unteren Drittel beider Unterschenkel zuerst kleine rote Flecke, die nach 2—3 Tagen hart wurden und etwas Schmerz verursachten. Nach 14 Tagen war aber alles geheilt und es blieben nur braune Flecken nach. Seit jener Zeit haben sich ähnliche Anfälle in Zwischenräumen von 3—4 Monaten häufig wiederholt. Die Kranke giebt an, dafs jeder neue Knoten sich an solchen Stellen bildete, die schon früher Sitz der Erkrankung gewesen waren, also an den braun gefärbten Flecken. — Vom März bis Oktober 1897 ist sie ganz verschont geblieben, dann aber, gegen Ende Oktober, begann der jetzige Anfall, der nun schon nahezu drei Monate dauerte und der heftigste und längste von allen ist, die sie je gehabt hat.

Wie immer, so begann der Ausschlag auch diesmal mit roten Flecken und Verhärtungen und war über das untere Drittel beider Unterschenkel verbreitet. Die Füfse sind augenblicklich frei. Die einzelnen Elemente haben verschiedenes Aussehen und verschiedene Gröfse. Meistens handelt es sich um runde Stellen von 1—3 cm Durchmesser, die im grofsen und ganzen eine rot-violette, vereinzelt auch eine braune Färbung haben; sie fühlen sich insgesamt hart an und sind etwas schmerzhaft. Die gröfsten von ihnen sind mit glatter Epidermis bedeckt; ihr mittlerer Teil wird beim Druck mit der Hand oder mit einer Glasplatte gelblich, auch hat man das Gefühl einer oberflächlichen, gespannten Fluktuation. Mehrere Plaques sind auch ulceriert; die betreffenden Geschwüre sind rund, zuweilen policyklisch, wenig tief; ihre Ränder sind nicht aufgeworfen; an ihrem mit Eiter bedeckten Grunde befinden sich Granulationen.

Beim Berühren gewahrt man unter der Haut verborgene Knötchen, die aber die Haut nicht emporwölben, und mit den Lepromen der Subcutis einige Ähnlichkeit besitzen. — Die Hautsensibilität ist überall normal. Das Allgemeinbefinden ist gut, sämtliche Organe sind in Ordnung; im Harn finden sich keine abnormen Beimischungen. — Behandlung: Einpackungen, Bettruhe, 6,0 Jodkalium täglich.

Am 15. November wird eines der Knötchen ausgeschnitten, wobei das Messer in ein gelbes, schwammiges Gewebe dringt, aus dessen Maschen eine gelbe, ölige Flüssigkeit sickert, aber keine Spur von Eiter. Cutis und Epidermis sind durch diese ölige Masse von einander getrennt. Ein zweites Knötchen, das zum Zweck der Abfangung von Flüssigkeit angeschnitten wurde, wies die nämlichen Eigentümlichkeiten auf. — In den folgenden Tagen stellte sich merkliche Besserung ein.

Am 2. Januar klagt Patientin, die noch immer ihre 6,0 Jodkalium täglich nimmt, über Schmerzen an den Füfsen. Es besteht hier über dem zweiten Metatarsalknochen Ödem. In den nächsten Tagen bildet sich auf dem linken Fufsrücken, etwas nach

aufsen, eine tiefe, schmerzhafte Verhärtung mit unregelmäfsigen, aber scharfen Rändern; die darübersitzende violette Verfärbung hat viel kleineren Umfang. — Diese Plaque verkleinert sich dann wieder, hat aber noch am 15. Januar die Gröfse eines Fünfsousstücks. Die Knoten an den Beinen sind ganz geheilt und haben nur Flecken hinterlassen. Am rechten Fufs, in der Malleolargegend, befinden sich noch zwei kleine, rote, oberflächliche Knötchen, die man fast für Papeln halten könnte; und unterhalb des rechten Knöchels hat sich in der Tiefe ein Knoten gebildet.

Seit 10 Tagen wird kein Jodkalium mehr genommen. Mehrmaliges Einpinseln mit Jod hat sehr gute Wirkung gehabt.

Histologische Untersuchung. Das ausgeschnittene Stück wird zum Zweck der Untersuchung auf Bacillen in absolutem Alkohol fixiert, dann in Cedernöl, Paraffin u. s. w. Gefärbt wird mit Haematein und Eosin oder Pikrofuchsin; mit Pikrokarmin nach RANVIER; Orcein; Blau polychromicum mit Wasserblau, Tanninorange oder -Säurefuchsin.

Epidermis: Die abschuppende Schicht ist etwas zart; die Körnerschicht (Eleidin und Keratohyalin) dagegen und der Stachelschicht sind normal. Die junge Keimschicht hat an verschiedenen Stellen ein eigenartiges Aussehen, indem ihre Cylinderzellen sehr dünn und lang sind, parallel zu einander stehen und senkrecht zur Basis. Die Kerne sind in derselben Weise in die Länge gezogen. Und diese Verlängerung ist nicht nur auf die Cylinderschicht beschränkt, sondern man trifft sie auch teilweise bei den Stachelzellen der benachbarten Haut.

Cutis papillaris und subpapillaris. Hier ist alles normal, höchstens scheint es, als ob das elastische Netz etwas feiner und die Bindegewebsbündel etwas dicker und massiger seien. Die Blut- und Lymphgefäfse sind erweitert. Einzelne kleine Gefäfschen scheinen von einer Art Arteriitis befallen, wenigstens sind ihre Wände verdickt und ihr Epithelium kugelig. Daneben bestehen noch spärliche Infiltrate, in denen das Vorkommen zahlreicher Plasmazellen leicht nachweisbar ist.

Die tieferen Schichten der Cutis und die Subcutis. Die Veränderungen beginnen hier unmittelbar unter den Schweifsknäueln, die selber normal sind, und zwar scheinen wir hier ein Ödem vor uns zu haben, das aus einem ganz feinkörnigen Exsudat besteht und das sich mit allen Färbemitteln des Bindegewebes färben läfst. An seinem Rande enthält dieses Ödem grofse Zellen, die eine annähernd ovale oder runde Form haben, ein helles, wenig gefärbtes, ungekörntes Protoplasma und einen ganz kleinen, excentrisch gelagerten Kern besitzen, der durchweg gefärbt ist. Diese Zellen stehen in der Mitte des Exsudats getrennt, während sie am Rande zusammengewachsen erscheinen. Ich halte sie für grofse einkernige Leukocyten, die eine ähnliche Umwandlung wie bei der Aktinomykose durchgemacht haben. Das umgebende Bindegewebe weist keinerlei Reaktionserscheinungen auf; es hört einfach auf, da zu sein. Das Fehlen des elastischen Gewebes fällt mit der Grenze des Ödems zu-

sammen. Ich neige zu der Annahme, dafs das Ödem auf die nächstliegenden Bindegewebsbündel eine erodierende Wirkung ausübt. In der Nachbarschaft sieht man hier und da einzelne nicht gerade dichte Infiltrate von Plasma- und Lymphzellen. Mastzellen sind dagegen nicht vorhanden.

Weiter in der Tiefe zeigt das Gewebe wieder ganz andere Veränderungen; es besitzt hier zahlreiche runde Höhlungen, die wie mit einem Locheisen hergestellt zu sein scheinen, so dafs das Ganze einem Schwamm gleicht, dessen jetzt leere Nester früher mit der öligen Flüssigkeit, die ich mit bloßem Auge erkennen konnte, angefüllt waren. Diese ölige Flüssigkeit stammt offenbar von einer Fettumwandlung her. Die zarten Wände der Alveolen sind teils von einem retikulären kernhaltigen Bindegewebe, teils auch von einer körnigen, opaken Substanz gebildet, an der Spuren von Zellen kaum noch zu erkennen sind.

Untersuchung auf den Kochschen Bacillus (gemeinsam mit Herrn Rispal, Docteur agrégé). Weder in der Flüssigkeit noch auf den Schnitten wurden Tuberkelbacillen gefunden. Zwei Meerschweinchen, von denen das eine in den Leib, das andere in die Schenkelhaut mit der Flüssigkeit und Gewebstrümmern geimpft waren, wurden nach vier Wochen getötet, zeigten aber nirgends eine Spur tuberkulöser Erkrankung.

Wir haben also demnach durchaus kein Recht, das Erythema induratum Bazin zu den tuberkulösen Erkrankungen zu zählen.

Histologisch besteht dasselbe aus einer fettigen Entartung und aus einem unabhängigen und beträchtlichen Ödem innerhalb eines Bindegewebes, das keinerlei entzündliche Erscheinungen herzeigt.

Wir könnnen somit für die Folge das Erythema induratum auch nicht mehr als skrophulös bezeichnen. In Bezug auf seine nosologische Stellung möchte ich die alte Anschauung von Hardy wieder hervorheben, dafs nämlich das Erythema induratum scrophulosorum Bazins wohl nur eine chronische, recidivierende und ulceröse Form des Erythema nodosum darstellt.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über die Veränderungen der Haut nach Ätzung mit rauchender Salpetersäure.

Von

Dr. O. Bargum, Altona.

Über die Veränderungen der Haut nach Ätzungen mit rauchender Salpetersäure finden sich in der Litteratur nur spärliche Angaben.

In *Schmidts Jahrbüchern* ist eine Arbeit von Hamon Gaz. de Paris 1860 referiert, in der aber anscheinend nur auf die therapeutischen Erfolge dieser Ätzung eingegangen wird, ohne Rücksicht auf die pathologisch-anatomischen Vorgänge. In der Inauguraldissertation von Urner: *„Die Chloressigsäure als Ätzmittel"* 1868 wird der Salpetersäure flüchtig Erwähnung gethan, „die sehr rasch und intensiv ätzt und weit in die Umgebung hineingreift". Weiter ist zu erwähnen: Samuel „Über Entzündung und Brand", *Virchows Archiv*, Bd. 51, 1870 und endlich Schujeninoff „Über die Veränderungen der Haut und der Schleimhäute nach Ätzungen mit Trichloressigsäure, rauchender Salpetersäure und Höllenstein" in *Zieglers Beiträgen zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, Bd. 21.

Samuel nahm die Ätzung in der Weise vor, dafs er einen an einem Glasstab hängenden Tropfen rauchender Salpetersäure auf die Mitte des Ohres von Kaninchen applizierte, während Schujeninoff das Fell von Meerschweinchen seinen Versuchen unterzog.

Die Versuche nun, die ich mit rauchender Salpetersäure angestellt habe, wurden an Kaninchenohren vorgenommen, und zwar in der Weise, dafs mit einem dünnen mit der Säure benetzten Stäbchen eine möglichst feine Linie geätzt wurde, die, senkrecht zum Rande des Ohres gestellt, mit ihrem äufseren Ende denselben berührte.

Nach Verlauf der gewünschten Zeit wurden die geätzten Partien excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und verschiedenen Färbungen unterworfen.

Was zunächst die makroskopischen Veränderungen angeht, so entwickelt sich gleich nach der Ätzung auf dem feinen etwa 1 mm breiten Ätzstrich — dem Brandherd Samuels — ein graugelblicher Brei, der nach einigen Stunden zu einem gelben Schorf eintrocknet. Am ersten oder zweiten Tage entsteht zu beiden Seiten des „Brandherdes" ein den-

selben begrenzender weifslicher Streifen von etwa 2 mm Breite — entsprechend dem „Brandhof“ Samuels. Im weiteren Verlauf vertieft sich der Ätzbezirk immer mehr, während sich der Brandhof im Gegenteil nach seiner äufseren Grenze hin zu einem seichten Wall erhebt, sich verbreitert und von einem leicht rötlich gefärbten Wall umgeben ist, der nach aufsen hin wieder auf das normale Niveau abflacht. Nach Verlauf einer Woche etwa haben diese Veränderungen ihren Höhepunkt erreicht und bleiben dann eine Zeit lang konstant. Zu bemerken ist, dafs bei nicht zu schwacher Anwendung der Säure auch auf der nicht geätzten Seite des Ohres Niveauveränderungen eintreten, die mit den eben geschilderten völlig übereinstimmen.

Am Ende der vierten Woche etwa zeigt sich zuerst an der äufseren Grenze des Brandhofes eine zarte Demarkationslinie. Diese vertieft sich immer mehr, ihr entsprechend tritt auch auf der anderen Seite des Ohres eine solche auf, beide Scheidelinien kommen sich entgegen, und wenn sie sich erreichen, ist die Demarkation beendet und ein durch die ganze Dicke des Ohres reichendes Stück wird abgestofsen, was etwa im Verlauf der siebenten Woche eintritt. In anderen Fällen wurde nur auf der einen Seite ein tiefgreifender Schorf abgestofsen, bei noch schwächerer Einwirkung der Säure trat die Heilung auch ganz ohne Substanzverlust ein.

Es waren überhaupt trotz möglichster Gleichmäfsigkeit in der Stärke der Ätzung die Resultate sehr verschieden, was wohl hauptsächlich vom Blutreichtum der Gewebe abhängt. Im allgemeinen ist die Wirkung am vorderen Rand des Ohres stärker als auf dem der anderen Seite, ebenso an der Basis stärker als an der Spitze, innen stärker als aufsen.

Bei einem Kontrollversuch zeigte sich auch, dafs die Haut des Rumpfes aufserordentlich viel hochgradiger reagiert.

Hieraus erklärt sich auch, dafs in den Schujeninoffschen Versuchen der Schorf schon am fünfzehnten Tage abgefallen ist, während dies bei mir erst in der siebenten Woche eintrat.

Über die mikroskopischen Veränderungen ist folgendes zu berichten.

Nach Verlauf von 24 Stunden zeigt das Epithel nicht mehr die glatte Oberfläche wie normal. Auf der geätzten Partie gleicht vielmehr die Grenze desselben nach aufsen einer zackigen Wellenlinie, deren Entstehen wohl aus dem unmittelbar nach der Ätzung sich bildenden Brei zu erklären ist. Man mufs wohl annehmen, dafs das Epithel auch nach der Eintrocknung noch einen gröfseren Raum einnimmt als vorher und, da die Fläche, auf der es haftet, die gleiche geblieben ist, zu jener Wellenlinienbegrenzung durch ungleichmäfsiges Eintrocknen kommt. Aufserdem ist auf dem „Brandherde“ das Epithel im ganzen etwas verdickt.

Auf den mit polychromem Methylenblau und Glycerinäther behandelten Präparaten ist das Epithel der Ätzstelle dunkelblau gefärbt, die Konturen der Zellen sind nicht zu erkennen, wohl aber bei der Färbung mit Hämatoxylin, bei der die Zellen der Pallisadenschicht etwas verlängert, wie in die Höhe gezogen erscheinen, was aus der oben erwähnten Annahme sich ja gut erklären läfst. Die Kerne sind auch hier nicht zu erkennen.

Das darunter liegende Gewebe ist in den oberen Partien leicht gelblich verfärbt: nach Kobert „geht das Eiweifs, wo viel Säure gewirkt hat, sehr bald unter Gelbfärbung in Xanthoproteïnsäure über."

Deutliche Zellen und Zellkerne sind daselbst nicht mehr vorhanden, sondern nur die Reste derselben in Gestalt von gelblich grünlichen Bröckeln.

Die Bindegewebsbalken erscheinen gequollen, breiter als normal.

Diese Veränderungen nehmen etwa ein Viertel der ganzen Dicke des Ohres ein, indem sie nach der Tiefe hin immer geringer werden. Nach der Seite hin erstrecken sie sich nur soweit, als wirklich die Haut mit der Säure in Berührung gekommen ist.

Die Gefäfse in der Umgebung des Ätzbezirkes sind stark gefüllt. Eine Auswanderung von Leukocyten hat nicht stattgefunden.

Bei der Safranin-Wasserblautanninbehandlung zeigt sich, dafs die Kollagenbündel dicht unter dem verätzten Epithel die Blaufärbung nicht angenommen haben, sondern leicht rötlich gefärbt sind, eine Veränderung, die sich aber nur in sehr geringe Tiefe erstreckt, weniger weit als die oben erwähnte Gelbfärbung auf anderen Präparaten.

Das Elastin zeigt sich bei der Färbung der Schnitte mit saurem Orceïn unverändert.

In den folgenden Tagen greift der Prozefs immer mehr um sich.

Ein mit polychromem Methylenblau gefärbter Schnitt vom dritten Tage zeigt folgende Verhältnisse.

Das Epithel ist hier an der Ätzstelle etwas weniger stark gefärbt als auf dem Präparat vom ersten Tage. Es zeigt einen grünlichen Farbenton und die Konturen der unteren Zellen sind zu erkennen, wogegen die Kerne wieder unsichtbar sind.

Das darunter liegende Gewebe ist, wie in dem früheren Schnitt, leicht gelblich gefärbt, die Bindegewebsbalken gequollen und wie miteinander verbackt. Von Zellen oder Kernen ist in den oberflächlicheren Schichten fast nichts zu sehen, während weiter in der Tiefe wieder als Reste von Zellen und Kernen gelblichgrüne Bröckel auftreten. Diese Veränderungen erstrecken sich bis zu dem etwa in der Mitte des Schnittes gelegenen Knorpel, der nur eine etwas mehr violette Farbe zeigt als der normale, der dunkelblau erscheint, sonst aber keine Veränderungen zeigt.

Jenseits des Knorpels sind Zellen und Kerne wieder zu erkennen, wenn auch nur als feine blasse Schatten. Etwas besser gefärbt sind in diesem Gebiet die Zellen der Haarwurzelscheiden, während das Epithel selbst auf dieser dem eigentlichen Ätzbezirk entgegengesetzten Seite die Färbbarkeit verloren hat.

In diesem Präparat erstrecken sich aber die Veränderungen noch weiter, als die eigentliche Ausdehnung des Brandherdes beträgt, und zwar nach beiden Seiten etwa um die doppelte Breite desselben.

Es ist dies offenbar dasjenige Gebiet, welches einige Zeit nach der Ätzung einen leicht weifslichen Farbenton makroskopisch annimmt und das wohl dem SAMUELschen Brandhof entspricht.

In diesem Bezirk hat das Epithel seine Färbbarkeit fast völlig eingebüfst und zwar auf beiden Seiten des Ohres. Mit ganz scharfer Grenze tritt dann wieder die normale Färbung ein.

Ebensoweit sind auch in dem anderen Gewebe Veränderungen zu konstatieren, wenn dieselben auch nicht so schroff absetzen wie diejenigen des Epithels. Wir finden nämlich zu beiden Seiten des Ätzbezirks, die ganze Dicke des Ohres einnehmend, eine geringere Färbbarkeit der Zellen und der Kerne, die nach beiden Seiten hin allmählich wieder zunimmt und nach der Mitte hin allmählich so schwach wird, wie auf der dem Ätzbezirk abgewandten Seite des subepithelialen Gewebes.

Die Gefäfse sind stark gefüllt, Leukocyten sind besonders an den Seiten des ganzen veränderten Bezirks mehrfach zu konstatieren und zeigen sich auch noch in dem den Brandhof umgebenden sonst unveränderten Gewebe.

Regeneration von Seite der Bindegewebszellen ist nicht zu erkennen.

Zu bemerken ist, dafs hier schon im Bereich des Brandherdes eine gewisse Schrumpfung auftritt. Das Gewebe ist gewissermafsen ausgetrocknet, zusammengebackt, so dafs der Schnitt an dieser Stelle trotz der Füllung der Gefäfse schmäler erscheint als an den gesunden Partien.

In den Hämatoxylinpräparaten von diesem Tage zeigt sich, dafs auch die Knorpelzellen in dem ganzen Gebiet des Brandhofes von ihrer Färbbarkeit eingebüfst haben, ein Umstand, der bei der starken Färbung durch das polychrome Methylenblau nicht zu erkennen war.

In der Folge wird nun die Leukocytose immer stärker, während das Bindegewebe im Bereich des Brandherdes und -hofes ziemlich konstant das gleiche Bild zeigt.

In einem Schnitt vom sechsten Tage ist das von der Ätzung direkt getroffene Epithel zum Teil wieder zu einem dunkelblau gefärbten Schorf zusammengebackt, zum Teil hat es aber einen helleren leicht grünlichen Farbenton angenommen und läfst dann die Konturen der basalen Zellen

schicht noch ganz gut erkennen. Darunter ist dann wieder, die ganze Dicke des Ohres einnehmend, das abgestorbene Bindegewebe mit einzelnen schlecht gefärbten Zelltrümmern. Das dem Ätzstrich gegenüberliegende Epithel hat wieder keinen Farbenton angenommen. Der Knorpel in diesem Bezirk erscheint wieder violett, läfst aber Einzelheiten nicht erkennen.

Zu beiden Seiten dieser Zone folgt die dem Brandhof entsprechende Partie, deren Ausdehnung etwas gröfser ist als an den Präparaten der früheren Tage und in deren Bereich Epithel- und Bindegewebszellen fast gar keine Färbung angenommen haben.

Hier finden wir aber jetzt zahlreiche Leukocyten, die mit mehreren dicht gedrängten Zügen gegen den Brandherd vordringen, während sie weiter nach aufsen ziemlich gleichmäfsig über den Brandhof verteilt sind und auch in den angrenzenden Partien ziemlich reichlich sich finden.

Dieser Befund bezieht sich auf das Methylenblaupräparat.

In den mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten hat der Knorpel fast gar keine Farbe angenommen und zwar sind die zerfallenden Zellen im Brandherd eher noch etwas deutlicher hervortretend als im Brandhof, während weiter nach aufsen das Bild wieder normal wird.

Die elastischen Fasern sind in den diesbezüglichen Schnitten erhalten, zeigen aber nicht so glatte und schöne Konturen wie in der Norm.

Sehr schöne Bilder liefert die Safranin-Wasserblautanninbehandlung. Hier ist der Brandherd durch die ganze Dicke des Ohres hindurch rot, während der Brandhof, wie das gesunde Gewebe, blau erscheint. Hier treten die dichten roten Leukocytenzüge sehr schön hervor, die mit ihren letzten Ausläufern schon in das rote nekrotische Gewebe des Brandhofes eingedrungen sind.

Die Schrumpfung des geätzten Bezirkes ist hier noch stärker als in den früheren Tagen. Seine Breite beträgt etwa nur zwei Drittel der gesunden Partien.

Vorgänge, die auf eine Reparatur von Seiten des Bindegewebes hindeuten, sind nicht zu konstatieren.

In einem späteren Präparat vom neunten Tage findet sich zum erstenmal im Epithel eine Blasenbildung, und zwar an der Grenze von Brandhof und gesundem Gewebe. Hier hat sich in der Hornschicht ein Exsudat gebildet mit Abhebung der obersten Lagen derselben.

Sonst sind die Verhältnisse den im vorigen Präparate erwähnten ziemlich gleich, nur ist hier zuerst eine Vergröfserung und Anschwellung der Bindegewebszellen in der den Brandhof umgebenden Zone zu erkennen.

Diese Regenerationsvorgänge von Seiten des Bindegewebes nehmen in der Folge langsam zu und auch in dem Epithel, das den Brandhof

Überblicken wir noch einmal das Gesagte, so läfst sich dasselbe etwa folgendermafsen zusammenfassen.

Unmittelbar nach der Ätzung tritt auf der Ätzlinie ein gelblich-grauer Brei auf, der bald eintrocknet und einen oberflächlichen gelben Schorf hinterläfst. Um ihn herum bildet sich der sich allmählich verbreiternde schmale Brandhof, der mikroskopisch nur durch die geringe Färbbarkeit des Gewebes und des — beiderseitigen — Epithels ausgezeichnet ist. Später schrumpft der eigentliche Ätzbezirk immer mehr zusammen. Etwa am Ende der ersten Woche rücken durch den Brandhof hindurch zahlreiche Leukocyten gegen den Brandherd vor, so dafs man hiernach an eine schliefsliche Ausstofsung des letzteren mit Erhaltenbleiben des anderen denken würde. Dieses bewahrheitet sich aber nicht. Die Leukocytenwanderung gegen den Brandherd hin nimmt nicht mehr zu und es bereitet sich vielmehr eine Abstofsung des ganzen Brandhofes vor.

Es bildet sich nämlich im Laufe der zweiten Woche ein Exsudatsaum im Epithel an der äufseren Grenze desselben. In der Folge wuchert das Epithel auf der äufseren Seite dieses Exsudates in die Tiefe vor und zwar gleichmäfsig auf beiden Seiten des Ohres, bis etwa in der siebenten Woche die beiden Epithelgrenzen sich erreichen und dadurch das Nekrotische, Brandherd und -hof entfernt werden.

Wird also mit rauchender Salpetersäure in Form eines feinen Striches geätzt, so wird, allerdings nach verhältnismäfsig langer Zeit, ein Bezirk abgestofsen, der die ursprüngliche Ätzstelle der Breite nach nach beiden Seiten hin mehrfach übertrifft und der ebenfalls beträchtlich tief geht, so dafs beim Kaninchenohr ein durch die ganze Dicke desselben sich erstreckendes Stück in der Mehrzahl der Fälle abgestofsen wird.

Bei stärkerer Anwendung der Säure scheint die Wirkung in Bezug auf die Ausdehnung des Brandhofes eine andere zu sein. So betont Samuel, der einen ganzen Tropfen auf das Ohr einwirken liefs, dafs um den gelben Brandherd ein ganz weifser Brandhof entsteht, der sehr schmal ist und an Umfang nicht zunimmt.

Auch bei Schujeninoff spielt der Brandhof keine hervorragende Rolle. Bei ihm ist auch der zeitliche Ablauf verschieden von demjenigen bei meinen Versuchen. Der ganze Prozefs geht bei ihm schneller von statten, jedenfalls infolge der oben erwähnten Gründe. Im grofsen und ganzen stehen aber die einzelnen Zeitabschnitte doch in einem ähnlichen Verhältnis: in den ersten drei bis vier Tagen fehlt in seinen Versuchen eine Reaktion vollständig, „später aber beleben sich gleichsam alle Prozesse". Es tritt ziemlich starke entzündliche Exsudation auf und in dem von ihm beschriebenen Fall fiel der Schorf am 15. Tage ab.

Suchen wir nun diese Wirkung mit der anderer Ätzmittel zu vergleichen, so bietet die Litteratur leider nur eine spärliche Ausbeute.

Unter den Mitteln, die überhaupt verzeichnet sind, sind die meisten in ihrer Wirkung auf pathologisch verändertes Gewebe untersucht, andere in ihrer Wirkung auf Schleimhäute und nur sehr wenige in ihrer Wirkung auf die gesunde Haut und von diesen wieder sind manche, wie z. B. in der sehr ausführlichen Arbeit von SAMUEL, nur in Bezug auf ihr makroskopisches Verhalten untersucht.

Aufserdem ist ein Vergleich auch nur mit äufserstem Vorbehalt anzustellen, da ja, wie aus dem eben Gesagten hervorgeht, verschiedene Anwendungsarten ganz verschiedene Resultate erzielen.

Ich möchte aus dem Grunde nur noch die Untersuchungen von SCHUJENINOFF über Trichloressigsäure und Argentum nitricum (l. c.) und von FRICKENHAUS über Karbolsäure (Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefact. auf die gesunde Haut. Dr. ADALBERT FRICKENHAUS. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896, Hft. 6 u. 7) kurz erwähnen.

Nach SCHUJENINOFF bildet sich bei der Anwendung von Trichloressigsäure gleich nach der Ätzung die geätzte Stelle in eine hellgelbliche Masse um, die von einem sehr schmalen weifsen Hof umgeben ist. Mikroskopisch fehlen in den ersten Tagen Reaktionserscheinungen fast ganz, erst am fünften oder sechsten Tage ist eine deutliche Zone von Keimgewebe zu konstatieren und die Ablösung des Schorfes ist erst mit drei Wochen etwa vollendet.

Sehr viel energischer ist nach ihm die Wirkung beim Argentum nitricum. Hier erscheint die Ätzstelle zuerst weifs, wird aber bald schwarz. Schon nach 24 Stunden ist die nächste Nachbarschaft von einem aufserordentlich dichten Exsudat durchsetzt, welches in der nächsten Zeit noch weiter zunimmt. Nach 48 Stunden sind auch aufserhalb des Schorfes schwarze Körnchen von Silber in ziemlicher Tiefe zu konstatieren. Jetzt beginnt schon Unterminierung durch das Epithel und am fünften Tage ist der Schorf abgestofsen, am neunten die Ätzstelle von Epithel bedeckt.

Hiernach nimmt also die rauchende Salpetersäure in der Schnelligkeit der Wirkung etwa die Mitte ein zwischen Argentum nitricum und Trichloressigsäure.

FRICKENHAUS hat mit der Karbolsäure punktförmige Ätzungen angestellt u. a. auch am Kaninchenohr.

Nach ihm erstreckt sich die Wirkung des Acidum carbolicum liquef. nicht besonders weit, im allgemeinen nur auf das Epithel und einen Teil der Cutis. Dagegen treten Reaktionserscheinungen schon sehr früh auf; nach 24 Stunden schon ist der Ätzherd von Leukocyten umgeben, auch Mastzellen sind zu konstatieren. Am zweiten Tage schon ist Regeneration deutlich. Epithelwucherungen, die hier ebenfalls von der Stachelschicht der Haarbälge ausgehen, unterschichten den Schorf, der im

allgemeinen nach 12 Tagen, bisweilen allerdings viel früher, abgestofsen wird. Es scheint hier also der ganze Prozefs nur etwa den vierten Teil der Zeit zu erfordern wie bei dem Acidum nitricum fum. in der von mir gewählten Anwendungsweise, und bei stärkerer Ätzung würde er jedenfalls noch weniger Zeit beanspruchen.

Unter den betrachteten Mitteln scheinen also, was Schnelligkeit der Wirkung angeht, obenanzustehen das Acidum carbolicum liquef. und das Argentum nitricum, dann kommt Acidum nitricum fum. und schliefslich die Trichloressigsäure, während in Bezug auf die schliefsliche Ausdehnung des Wirkungsbereichs wohl das Acidum nitricum fum. an der Spitze steht.

Zum Schlufs möchte ich mir noch erlauben, auch an dieser Stelle Herrn Dr. Unna für die liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank abzustatten.

Aus der Praxis.

Schutzdecke gegen X-Strahlen.

Von

P. G. Unna.

Mit der ausgedehnteren therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatologie erwächst uns die Aufgabe, die gesunde Haut vor dem Einflusse derselben auf eine einfache Weise zu schützen. Wir kennen schon eine ganze Reihe unliebsamer Nebenwirkungen, wie: Ödem, Cyanose, Hyperkeratose, Alopecie u. s. f., bis zur Nekrose, deren Auftreten auf solchen benachbarten Hautstellen, die nicht selbst therapeutisch beeinflufst werden sollen, natürlich ganz ausgeschlossen werden mufs. Man bedient sich bisher zu diesem Zwecke durchlochter Bleiplatten oder anderer Metallfolien, deren Anwendung weder bequem ist, noch sich nach Belieben abstufen läfst.

Aufserdem kommt vermöge einer besonderen Idiosynkrasie bei einzelnen Technikern, welche berufsmäfsig mit Röntgenstrahlen zu arbeiten haben, an den Händen eine chronische Dermatitis mit starker Oberhautverdickung, Ausfall der Lanugohaare und selbst Abfall der Nägel vor. Für diese fehlt bislang noch ganz eine Schutzdecke, die sich den Bewegungen der Hände anpafst und sonst nicht störend ist.

Es liegt nahe, für diese Zwecke „eine Aufpinselung von Zinkleim“ zu empfehlen, da das Zinkoxyd ebenso wie Zink selbst in genügender Dicke ziemlich undurchgängig für Röntgenstrahlen ist und ebenso selbstverständlich ist es, dafs dasselbe sich zu diesem Zwecke noch durch Zusatz von Metallen oder deren Verbindungen höheren Atomgewichtes sehr verbessern läfst. Im Gegensatz zur einfachen Einpuderung der Haut mit solchen Metallverbindungen läfst sich zudem eine Leimdecke beliebig dick, also gewifs auch von einer für absolute Röntgendunkelheit genügenden Dicke herstellen.

Durch einen einfachen Versuch verschaffte ich mir einen Überblick über den verschiedenen Wert der zu diesem Zwecke hauptsächlich in Betracht kommenden Stoffe. Ich liefs Zinkleim anfertigen mit je 10% Lithargyrum, Cerussa, Bismuthum subnitricum, Bismuthum oxychloratum, Cinnabaris, Zincum oxydatum, Zincum purum und Calcaria carbonica. Ich wählte diese Stoffe, weil sie uns geläufig und für die gesunde Haut unschädlich sind. Von diesen Leimen wurden kleine Kuben von 1 cm Kantenlänge ausgeschnitten, diese in Formalin gehärtet, in Celloidin eingebettet und auf dem Mikrotom in Schnitten von je 100, 200 und 300 μ Dicke zerlegt. Ich klebte nun reihenweise diese Leimplättchen untereinander auf ein Stück Pappe, von jeder Sorte je ein Plättchen von 100, 200 und 300 μ Dicke in einer Reihe. Herr Dr. Walter vom hiesigen physikalischen Staatslaboratorium hatte die Güte, diese kleine Tafel mit Röntgenstrahlen zu durchleuchten und ein photographisches Negativ von derselben anzufertigen. Die am hellsten gebliebenen Plättchen auf derselben entsprechen den Stoffen gröfster Undurchlässigkeit.

Nach diesem Versuche ist der undurchlässigste von obigen Stoffen der Zinnober, dann folgen die Wismutverbindungen und zwar ist das Bismuthum oxychloratum dem Bismuthum subnitricum etwas überlegen, was wohl auf das hohe Atomgewicht des Chlors zu beziehen ist. Dann folgen sofort die Bleisalze, weiter in gröfserem Abstande das Zinkoxyd und das reine Zinkpulver und zuletzt erst kommt der kohlensaure Kalk.

Die so aufgefundene Reihe entspricht vollkommen dem von Herrn Dr. Walter aufgestellten Gesetze für die Absorption der X-Strahlen, wonach die Absorption mit dem höheren Atomgewichte steigt, dagegen von der Dichte, also dem spezifischen Gewichte und von der molekularen Zusammensetzung der Körper unabhängig ist. So absorbiert Wismut mit dem Atomgewicht 208 stärker als Platin (Atomgewicht 194), obwohl sein spezifisches Gewicht (9,8) nicht halb so grofs als das des Platins ist (21,5). Der Schwefel (2,0) ist leichter als das Aluminiummetall (2,6) und absorbiert X-Strahlen entsprechend seinem höheren Atomgewicht (32) doch stärker als jenes (27). Sorgt man also dafür, dafs die weniger dichten Körper nur in relativ um so dickeren Schichten appliziert werden, nach

der Nomenklatur WALTERS in „äquivalenten Dicken", so steigt der Absorptionseffekt allein mit dem Atomgewicht.[1]

Man sieht hieraus, wie die besondere Brauchbarkeit der Wismut-, Quecksilber- und Bleiverbindungen praktisch erst durch die beliebig zu modifizierende und erhöhende Dicke der Stofflage, wie sie beim Zinkleimvehikel gegeben ist, ausgenutzt werden kann.

Ich kann daher als eine praktische Vorschrift zum Überziehen der Haut einen Zinkleim empfehlen, dem je 10% Zinnober und Wismutoxychlorid zugesetzt sind. Derselbe ist rötlich, annähernd hautfarben. Er wird in dicker, eventuell nach dem Trocknen in doppelter Lage aufgetragen und wie gewöhnlich wattiert. Ganz besonders wird er sich für die Hände solcher Techniker empfehlen, welche eine Idiosynkrasie gegen X-Strahlen besitzen. Ob er in der Umgebung von Lupusstellen im Gesichte und am Kopfe den bisher gebrauchten Metallfolien vorzuziehen ist, muſs die Praxis lehren.

---

[1] B. WALTER, Physikalisch-technische Mitteilungen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.* Bd. I, pag. 143—145.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. März 1898.

(Originalbericht von L. WICKHAM-Paris.)

Bandförmige lichenoide Eruption. Herr BALZER stellt einen Patienten vor mit einer dem Verlauf des Nervus glutaeus inferior entsprechenden, auf Glutäalregion, Oberschenkel, bis zur Kniekehle verlaufenden Eruption in Form eines 1 cm breiten Bandes, das aus der Konfluenz verschiedener Plaques besteht und stellenweise von Streifen gesunder Haut durchzogen ist. Oberflächlich sieht die Eruption einer Psoriasis ähnlich und man konstatiert Anhäufungen graulicher und weiſslicher Schuppen, die sich aber durch Abkratzen nicht entfernen lassen. Bei näherer Untersuchung erkennt man, daſs die Affektion zum Lichen planus gerechnet werden muſs, welcher Lichen jedoch stellenweise den Eindruck einer sekundären Lichenifikation macht. Es läſst sich somit nicht bestimmt sagen, welcher Klasse die Affektion angehört, die in Anbetracht ihrer Lokalisation längs eines Nervenstammes Beziehungen zum Nervensystem aufweist.

Vernarbung eines ulcerierten Gesichtsepithelioms durch arsenige Säure. (Methode von CZERNY-Prag.) Der von Herrn HERMET vorgestellte Patient, welcher im vergangenen Monat Oktober an einem ausgebreiteten Gesichtsepitheliom gelitten hatte, wurde mit Aufpinselungen von arseniger Säure behandelt. Am 1. Januar 1898 war das gesamte neugebildete Gewebe zerstört und Granulation eingetreten; am 2. Februar

war das Geschwür vernarbt und ist bis heute verschlossen geblieben. Man hatte zuvor Kalium chloricum angewendet, worauf sich aber der Zustand des Geschwürs verschlimmert hatte. — Die Czernysche Methode ist bequem und verursacht zwar ziemlich empfindliche aber doch leicht erträgliche Schmerzen. Es werden dazu drei Lösungen von arseniger Säure (in Wasser und Alkohol zu gleichen Teilen gelöst) benutzt: die eine, 1 : 150, dient zur Bepinselung der ulcerierten Fläche; die zweite, 1 : 100, kommt an die Reihe, wenn sich der Schorf gebildet hat, und die dritte, 1 : 50, wenn dieser sehr dick geworden ist. Die Aufpinselungen werden alle Tage wiederholt, falls keine heftige reaktive Erscheinungen auftreten (Ödem, intensive Entzündung). Der Schorf mufs sobald wie möglich entfernt werden und man fängt wieder mit der Lösung 1:150 an, bis sich Granulationen einstellen; Morphiuminjektionen werden selten nötig sein.

Erythematös-tuberkulöser Lupus. Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose. Herr Leredde stellt eine junge Frau vor mit zwei seit sechs Monaten bestehenden Plaques von Lupus erythematosus auf der Stirn. Die Patientin zeigt aufserdem verschiedene tuberkulöse Symptome, was zur Unterstützung der Besnierschen Theorie über die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus dienen mag. In den Plaques sind Riesenzellen nachzuweisen.

Weitere Bemerkung über einen Fall von kontinuierlicher eitriger Akrodermatitis mit purulenter Infektion der Haut. Herren Hallopeau und Laffitte. Bei der Autopsie des Patienten wurden aufser einer über beinahe den ganzen Körper verbreiteten suppurativen Dermitis tiefe degenerative Veränderungen in der Leber und den Nieren konstatiert, wie man sie bei den Toxämien beobachtet. In den Eingeweiden waren ähnliche entzündliche Erscheinungen vorhanden wie in der Haut. In den Endverzweigungen der Nerven waren Erscheinungen parenchymatöser Neuritis zu konstatieren, während die gröfseren Stämme beinahe frei waren; offenbar handelte es sich um sekundäre Veränderungen; keine Infarkte oder metastatische Abscesse.

Median gelegene Lymphadenitis des Gesichts. Herren Hallopeau und Laffitte. Die Patientin zeigt auf der mittleren Partie des Gesichtes eine lebhafte Rötung mit beträchtlicher Anschwellung; befallen sind Nase, Wangen, Oberlippe und untere Partie der Stirn mit dem Maximum der Intensität in den zwei oberen Dritteln der Nase. Ein eigentlicher Tumor ist nicht vorhanden, nur sind die normalen Furchen und Erhabenheiten stärker ausgeprägt, wodurch die Physiognomie bedeutend entstellt wird. Differentialdiagnostisch kommen zuerst in Frage: die Akne hypertrophica, der Lupus erythematosus, das Sarkom und wegen Vorhandenseins einer Thränenfistel und einer neulich entstandenen eitrigen Otitis, der Rotz. Inokulationen ins Peritoneum eines Kaninchens fielen negativ aus. Eine nähere Untersuchung ergab, dafs es sich nicht um eine lokale Affektion handelte. Es bestehen nämlich multiple Drüsenschwellungen, heftiges, allgemein verbreitetes Jucken und lichenoide und ekzemartige Eruptionen; aufserdem ist die Zahl der weifsen Blutkörperchen im Blute beträchtlich vermehrt (1 : 20 roten). Von der Mykosis unterscheidet sich diese Affektion (cutane Lymphadenitis) durch das Fehlen von Tumoren, das Aussehen der Anschwellung, das Jucken an Stellen, wo lokale Erscheinungen fehlen.

Über die Lepra in Neu-Caledonien. Herr Hallopeau liest einen Brief von Herrn Langenhagen in Numea vor. Der Verfasser schreibt den schlechten hygienischen Verhältnissen bei der Entstehung dieser in dem genannten Lande sehr häufigen Affektion (über 1600 Fälle) einen bedeutenden Einfluſs zu. Die Rolle des Genusses von Fischen erscheint ihm als unzweifelhaft. Bezüglich des Erfolges der Behandlung mit dem Serum von Carasquilla drückt er sich sehr skeptisch aus.

Antipyrineruption. Herren Jullien und Sibert. Die vorgestellte Patientin nimmt seit 11 Jahren Antipyrin zu sich und trägt in der Lendengegend eine ovale,

dunkelbraun pigmentierte Plaque nach dem Brocqschen Typus der fixen pigmentierten Antipyrinexantheme. Sie dauert bereits seit sechs Jahren und nimmt jedesmal an Intensität zu, wenn die Patientin Antipyrin einnimmt, was wöchentlich in einer Dosis von 1,0 in Pulver- oder Syrupform geschieht. — Herr Du Castel weist auf die Unregelmäfsigkeit der Intoleranzerscheinungen bei gewissen Medikamenten hin. So nimmt der vorgestellte Patient seit langer Zeit Antipyrin und die Angewöhnung hat sich immer noch nicht eingestellt, indem bei jeder Dosis neue Pigmenteruptionen auftreten. Merkwürdig ist auch die Thatsache, dafs diese Intoleranzerscheinungen nur ganz lokalisiert auftreten. — Herr Barthélemy: Bei anderen Substanzen, wie z. B. den Balsamica, können die Dosen fortgesetzt werden, ohne dafs sich die Eruption ausbreitet, ja diese kann sogar abnehmen. — Herr Fournier betont die Wichtigkeit solcher Antipyrineruptionen in praktischer Beziehung. So sieht man ganz schwarze Flecke, welche, wenn sie sich im Gesichte lokalisierten, gewisse Patienten zur Verzweiflung bringen könnten. Die Läsionen könnten jahrelang bestehen. Herr F. hat solche Plaques auf den Handtellern gesehen. — Herr Brocq: Die Intensität der Pigmentation solcher Flecke ist sehr verschieden. Einzelne sehen einfach bläulich aus, andere sind sehr dunkel gefärbt; letztere bleiben sehr lange bestehen. Interessant wäre es, nachzuforschen, inwieweit bei der Produktion dieser Eruption die Reinheit des Antipyrins in Frage kommt. — Herr Besnier hat bei einem Patienten einen einzigen Flecken auf einem der beiden Handteller beobachtet; derselbe vergröfserte sich bei jeder Antipyringabe. In einem anderen Falle wurde eine Epistaxis mittelst Einblasen von Antipyrin gestillt und es entstand eine Urticariaeruption mit Ödem. Die Tochter dieses Patienten zeigte ebenfalls Intoleranzerscheinungen gegenüber Antipyrin, was auf eine hereditäre Disposition hinweist. Als allgemeine Symptome wurden bei diesem Patienten beobachtet eine ausgesprochene Cystitis mit Urethritis.

Ulceriertes Erythema iris der Füfse bei drei Kindern. Herren Jacquet und Regnard. Alle drei Kinder wurden ungefähr gleichzeitig von Perniones befallen, die in der Familie hereditär sind; die Mutter hat deren an den Füfsen, der Vater an den Ohren gehabt. Die Dermatose gehört zu der von Besnier angegebenen Varietät, deren Grundform ein Erythema marginatum, circinatum und iris darstellt. — Wie dies häufig vorkommt, bestehen neben diesen Perniones eine Reihe von Mifsbildungen des Schädels, des Gaumens, der Ohren, mit Ichthyose und kongenitaler Lage des Arterienbaumes.

Lichenartige Eruption auf der Mundschleimhaut bei einem Syphilitischen in der Sekundärperiode. Herr Danlos. Die Eruption sieht aus wie ein Lichen planus; da aber der Patient syphilitisch ist, müssen die Läsionen als spezifisch angesehen werden. — Herr Fournier meint, dafs es sich um eine gutartige, leicht heilbare Varietät von syphilitischer Leukoplasie handelt. — Herr Wickham bemerkt, dafs man mit der Diagnose eines isolierten Lichen planus der Mundschleimhaut ohne gleichzeitige Hauteruption künftighin sehr vorsichtig sein müsse. Bei der Patientin hat der Ausschlag im Munde grofse Ähnlichkeit mit dem Lichen planus. — Herr Hallopeau meint, dafs man sich in diesem Falle über die syphilitische Natur der Eruption noch nicht mit Sicherheit aussprechen könne und den weiteren Verlauf abwarten müsse.

Zwei Fälle von hereditärer Ichthyosis pilaris mit Mikrosphygmie bei zwei Gliedern derselben Familie. Herren Gaston und Emery. Der Vater der beiden 8- und 10jährigen Kinder ist von derselben Affektion befallen. Die Kinder leiden an hereditärer Lues und zeigen spezifische Erscheinungen. Bemerkenswert ist die Kleinheit des Pulses, die besonders bei dem einen Kinde stark ausgesprochen ist.

Cyanose der Extremitäten mit Perniones bei einem hereditär Tuberkulösen; Mikrosphygmie und Infantilismus. Herren GASTON und EMERY. Der Patient ist 16 Jahre alt, klein, von kindlichem Aussehen; die Genitalien sind schwach entwickelt, haarlos. Hände und Füfse sind cyanotisch mit Perniones behaftet. Der Puls ist klein, die Herztöne vibrierend wie beim Atherom. Die Mutter ist tuberkulös, ein Bruder leidet an Lymphdrüsenschwellungen. Beim Patienten selbst läfst sich nichts derartiges nachweisen. Man kann wohl annehmen, dafs die tuberkulöse Heredität wie die syphilitische Dystrophien verursacht, welche den ganzen Organismus, speziell aber das arterielle System betreffen können. Vielleicht handelt es sich um eine wahre allgemeine kongenitale Arteriitis, die auf Veränderungen in utero zurückzuführen wären.

Kurative Wirkung des Kalomels in intramuskulären Injektionen bei Ulcus cruris. Herren GASTON und ANGHELOVICI. Untersuchungen dieser Herren haben zum Resultate geführt, dafs solche Injektionen bei phlebitischen, varikösen oder trophischen Geschwüren, die mit Lues oder Tuberkulose nichts zu thun haben, guten Erfolg haben. Diese Wirkung scheint das Resultat einer wahren toxischen durch das mit Hg gesättigte Blut verursachten Entzündung zu sein, welches die Zellenelemente der kapillaren und Lymphgefäfse verändert. Durch diese Entzündung wird das lymphoide, kavernöse und durch Leukocyten infiltrierte Gewebe durch granuliertes erregt, das Neigung zeigt, sich in Bindegewebe umzuwandeln. — In diesem Gewebe nehmen die Blutgefäfse ihr normales Aussehen wieder an, die Lymphspalten und Leukocytenhaufen verschwinden, es kommt zu einer regen Proliferation fixer Bindegewebszellen und gleichzeitig zur Diapedese besonderer Zellen, welche bei der Vernarbung der Läsionen eine aktive Rolle zu spielen scheinen.

Hereditäre Syphilis. Incontinentia urinae. Herr G. BAUDOUIN. Das mir von Herrn Prof. FOURNIER zur Demonstration überlassene Mädchen zeigt erstens zahlreiche heredosyphilitische Stigmata: Schädeldeformitäten in Gestalt von vorspringenden und verbreiterten Stirnhöckern, eingesunkene Nase infolge von Nekrose des Nasenskelets mit hochgradiger Ozaena, Narben in der Umgebung des Mundes, Störungen des Zahnwuchses (unregelmäfsige Lagerung, Kleinheit, abnorme Entfernung der oberen mittleren Schneidezähne, Atrophie und Querstreifung, Fehlen des oberen rechten Eckzahnes). Daneben bestehen Spuren einer alten Neuritis optica und Pigmentanomalien im Augenhintergrunde. Anamnestisch erfährt man, dafs der von einer tuberkulösen Mutter abstammende Vater am Penis ein Knötchen gezeigt hatte, wofür er längere Zeit mit Pillen behandelt worden war. Die Mutter, die normal konstituiert ist, hat neun Schwangerschaften durchgemacht, worunter drei Frühgeburten (zwei Totgeburten, ein Kind lebt); drei andere Kinder sind frühzeitig gestorben. Zwei Schwestern der Patientin leiden an chronischem Schnupfen; bei der einen konstatiert man aufserdem atrophische obere mittlere Schneidezähne, bei der anderen, etwas schwächlicheren leichten Strabismus und etwas ausgesprochenere Zahnanomalien. Die Patientin leidet an Urininkontinenz, die von der Geburt an besteht und seit mehreren Jahren absolut konstant geworden ist, die wohl auf die hereditäre Syphilis zurückzuführen ist.

Mykosis fungoides nach dem Typus der Pityriasis rubra. Herren DU CASTEL und LEREDDE stellen einen 68jährigen Patienten vor, der seit fünf oder sechs Jahren diffuse Hautläsionen zeigt, welche bis in die letzte Zeit an eine Pityriasis rubra Hebrae erinnerten. Die Gesichtshaut war verdünnt, zusammengezogen, was zu einem doppelseitigen Ektropion geführt hat. Asphyxie der Extremitäten, deren Haut auf der Dorsalseite dünn und gespannt war. Gegenwärtig konstatiert man eine allgemeine Veränderung der Haut, welche verdickt ist und stellenweise pomeranzenschalenartig

aussieht. Auf dem Thorax sieht man, aufser etwas erhabenen roten Flecken, polycyklische erythematöse Figuren. An den unteren Extremitäten konstatiert man ekzemartige Läsionen in grofsen Plaques mit Desquamation. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. In klinischer Beziehung nähert sich somit die Affektion der Mykosis fungoides. Erwähnenswert ist noch das Bestehen von hochgradiger Schweifssekretion. — Die mikroskopischen Veränderungen sind die der Mykosis fungoides: Akanthosis, Ödem der Papillen und der Cutis, Vorhandensein von Höhlen mit Plasmazellen in der Epidermis, in der Cutis Haufen proliferierter fixer Zellen, Plasmazellen, Reticulum. Es besteht keine Leukocytose (5500 weifse Blutkörperchen im Kubikmillimeter), wohl aber Lymphocytose.

Einige Versuche mit Hämo- und Serotherapie bei der Syphilis. Herr Jullien. Im letzten Jahre hatte ich nach einem anderweitig mitgeteilten Verfahren aus dem Collum uteri einer alten tertiär Syphilitischen Blut gewonnen und dasselbe einem kräftigen frisch infizierten Mädchen in natura injiziert, bei dem sich bereits Spuren des spezifischen Exanthems zeigten. Am 5. Januar machte ich eine erste Injektion von 3 ccm und am 13. eine zweite von 3 ccm. — Die Eruption schien zuerst an Intensität abzunehmen, bald aber traten eine Reihe von Erscheinungen auf: heftige Kopfschmerzen, Plaques muqueuses, heftigeres Auftreten des Exanthems, die mich veranlafsten eine spezifische Behandlung einzuleiten. Lokale Veränderungen konstatierte ich gar keine und die allgemeinen Erscheinungen reduzierten sich in einem Falle auf ein Kältegefühl am Abend, eine gewisse Neigung zum Einschlafen und Temperaturerhöhung bis zu 37,9° im Maximum. Einen weiteren Versuch machte ich nicht. — Im Juli 1897 gewann ich eine ziemlich grofse Quantität Ascitesflüssigkeit von einem Syphilitiker mit Lebercirrhose und injizierte diese Flüssigkeit einigen Patienten in der Sekundärperiode. Zuvor hatte ich konstatieren können, dafs die Flüssigkeit in den Gefäfsen steril geblieben war und bei den Meerschweinchen, denen ich sie injizierte, keine krankhaften Erscheinungen hervorrief. — Erster Fall. 22jährige Frau; 15 Injektionen, 93 ccm Ascitesflüssigkeit injiziert, keine lokalen oder Allgemeinerscheinungen, kein Fieber, Frost, Albuminurie. Auf die Lues hatte die Injektion keinen Einfluſs ausgeübt, weshalb ich keine weiteren machte und Hg-Therapie einleitete. Auf der Schulterblattgegend traten alsbald kupferfarbene, dolden-traubenähnlich angeordnete Flecke und Papeln und auf der Stirn eine beginnende Hyperostose auf; alles ging nach Quecksilbereinreibungen rasch zurück. Ich will noch hinzufügen, dafs die Frau klein und schwächlich war. — Zweiter Fall. Ganz anders war das Resultat bei der zweiten, 19jährigen Patientin. Die Haut begann eben sich mit einem urticariartigen Roseolaausschlag zu übersäen. Am 10. Juli begann ich mit den Injektionen, indem ich rasch von 5,0 zu 40,0 stieg und am 30. August hatte ich 520,0 in 17 Injektionen eingespritzt, lokal sah ich nichts als bei den letzten grofsen Dosen etwas Ödem. Der therapeutische Erfolg war dagegen ein guter gewesen und mit einer regelrecht ausgeführten Hg-Behandlung zu vergleichen. Alle Erscheinungen waren verschwunden und das Körpergewicht von 51 auf 54 kg gestiegen. Im September und Oktober behandelte ich die Plaques muqueuses lokal. Gegenwärtig ist die Patientin frei von allen Erscheinungen; Hg wurde keine Spur verabreicht. — Schlufsfolgerungen lassen sich allerdings aus diesen beiden Fällen nicht ziehen, doch möchte ich vor allem die Gefahrlosigkeit des Verfahrens betonen und unter zwei Fällen war der Erfolg einmal ein positiver. Es kann übrigens nur als rationell angesehen werden, wenn man vom Toxin der Ascitesflüssigkeit dieselbe heilsame Wirkung verlangt, wie sie andere in der Hydroceleflüssigkeit (Backerzowsky, Cottrel) oder in der Frauenmilch (Tommasoli) gesucht haben. In sieben Fällen, wo er, wie ich, hydropisches Serum verwendete, hat Tommasoli keine günstigen Resultate erzielt. Er konstatierte

nämlich Kopfschmerzen, Schwindel, konvulsive Erscheinungen, schmerzhafte und torpide Drüsenschwellungen mit Schmerzen in den unteren Extremitäten. Ich habe nichts derartiges gesehen. Die Kniegelenkschwellung, welche nach der letzten Injektion aufgetreten war, wich nach der einfachsten Behandlung.

Lichenoide Neurodermitis in Bandform längs dem Verlaufe des Nervus glutaeus inferior. Herren Balzer und Mercier. Der 28jährige Mann war am 27. Februar mit einer Impetigo des Gesichts und einer linienförmigen Eruption am linken Beine eingetreten. Sein Vater war Alkoholiker, die Mutter neuropathisch beanlagt; er selbst hat weder eine Blennorrhoe noch Syphilis durchgemacht; Anfall von Delirium tremens vor zwei Jahren. Die Eruption am Beine hatte im Mai 1897 in Form eines erythematösen Bandes und mit Jucken begonnen. 14 Tage nachher war sie mit trockenen Schuppen bedeckt, die beim Eintritt ins Spital noch bestanden. Sie verläuft den Nervus glutaeus inferior entlang und gegen die Kniekehle zu sind die Elemente nicht mehr gruppiert, sondern bilden eine Reihe von abgeplatteten, roten Papeln mit festanhaftenden, trockenen Schuppen. Die Läsionen sind jedenfalls sehr oberflächlicher Art. Aufserdem bestehen einige Naevi; keine Erscheinungen von seiten der inneren Organe, nur ist die Harnstoffmenge vermindert. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Psoriasis und bandförmiger Lichen. Die Schuppen haften aber stärker der Haut an als bei Psoriasis und andererseits besteht weder Pigmentation noch Lichenifikation, weshalb wir die Affektion zu den lichenartigen Neurodermiten rechnen wollen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 8. April (27. März) 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

1. Kracht demonstriert einen 51jährigen Patienten mit **Sarcoma cutis multiplex idiopathicum pigmentosum.** Das Leiden soll vier Jahre bestehen und betrifft in ziemlich symmetrischer Anordnung die Hände, Füfse, Unterarme und -schenkel. Die fast in toto affizierten Hände sind polsterartig aufgetrieben, infiltriert, dunkelbraun pigmentiert und von glatter Oberfläche. Die Finger sind mitbetroffen und nur die Nägel sind normal. Der Rand der Infiltrationszone ist zickzackförmig. Die Füfse sind ähnlich verändert, nur wird die rechte Fufssohle von einer stark verhornten Partie eingenommen. Auf den Unterarmen und -schenkeln finden sich dagegen nur isolierte, verschieden grofse, weniger deutlich pigmentierte Flecke. Die Sensibilität ist überall erhalten. Die inneren Organe zeigen keine pathologischen Veränderungen. Arteriosklerose ist nicht zu bemerken. Der Urin ist frei von Eiweifs und Zucker. Mikroskopisch wurde die Diagnose Sarkom bestätigt. Unter Gebrauch von 400 asiatischen Pillen und unter 20 Injektionen von Natrium arsenicosum ist eine entschiedene Abblassung der erkrankten Partien eingetreten und die Schwellung hat nachgelassen. — Pospelow möchte auf Grund der vorwiegenden Lokalisation des Prozesses an den Extremitäten und weil die Gefäfse doch erkrankt sind, diesen Fall nach Unna als Acroangioma haemorrhagicum bezeichnen.

2. Kracht stellt einen, aus gesunder Familie stammenden, 17jährigen Jungen mit **Tuberculosis follicularis cutis** vor. Dieser Prozefs lokalisiert sich vorwiegend auf den Handrücken und den Fingern, dem unteren Drittel der Unterarme, den Ellenbogen, den Glutäen, den Knien und entsprechend den Achillessehnen. Der Ausschlag bevorzugt die Streckseiten, ist ziemlich symmetrisch angeordnet und besteht aus verschieden grofsen Knötchen, von Hirsekorn- bis Erbsengröfse. Die vorwiegend isoliert

auftretenden Knötchen sind von rosa Farbe, etwas über die Umgebung erhaben, zeigen im Centrum eine Einsenkung und tragen ein Schüppchen oder Börkchen. Die Knötchen gehen allmählich in Pusteln über, flachen später ab und zuletzt bildet sich eine Narbe. Die Haut in der Umgebung ist normal. Im Laufe von 1½ Wochen läuft der Prozefs den ganzen Cyklus bis zur Narbenbildung durch. Eine mikroskopische Untersuchung konnte noch nicht vorgenommen werden. — Die Herren Sabolotski, Shiwult, Lichatscheff erwähnen im Anschlufs an diesen Fall ähnliche, von ihnen beobachtete Fälle und haben durch Arsenik teilweise günstige, teilweise ungünstige Resultate erzielt. Sabolotski, welcher das Bild der Tuberculosis cutis an einem Fall genauer studieren konnte, beschreibt den Verlauf des Prozesses folgendermafsen: Zuerst tritt Jucken auf, dann bildet sich ein anfangs stecknadelkopfgrofses Knötchen, welches allmählich gröfser und rot wird. Am vierten Tage entwickelt sich im Centrum eine Exkavation, die von einem roten Saum umgeben ist, am fünften oder sechsten Tage bedeckt sich das Knötchen mit einem Schüppchen, vom zehnten Tage schwindet die Röte, das Knötchen wird flacher und geht zuletzt in eine pigmentierte Narbe über. Dies alles geschieht im Laufe von drei Wochen. Zu dieser Beschreibung fügt Kracht noch hinzu, dafs die Papel im Centrum in Nekrose übergeht, was Sabolotski jedoch nicht beobachtet hat, während Glawsche das Fehlen aller subjektiven Empfindungen und Lichatscheff die polygonale Form der Knötchen als charakteristisch hervorheben. Sabolotski wirft die Frage auf, ob derartige Prozesse nicht vielleicht durch eine Kachexie der Haut zu stande kommen können. Glawsche betont, dafs bei dem vorgestellten Fall in der That weder eine hereditäre Belastung vorliegt, noch Tuberkelbacillen nachgewiesen sind, wogegen eine Ernährungsstörung nicht auszuschliefsen ist, da Patient erst vor kurzem das elterliche Haus verlassen hat und bei einem Lithographen in Dienst getreten ist. Pospelow spricht sich auf Grund mehrfacher Beobachtungen von Tuberkulose der Haut dahin aus, dafs für diesen Prozefs eine Kachexie der Haut eine grofse Rolle zu spielen scheint, und dafs Tuberkelbacillen und Riesenzellen fehlen können. Vom Arsenik sah P. zwar Erfolge, aber sie waren nicht dauernd.

3. Malyscheff spricht über die **Anwendung des Naftalan bei einigen Hautkrankheiten.** Das zuerst von Rosenbaum empfohlene, später von Pezzoli nachgeprüfte Naftalan ist von zäher Konsistenz, dunkelgrüner Farbe und riecht ein wenig nach Naphta. Malyscheff wandte es in einigen Fällen an und überzeugte sich von der günstigen Wirkung desselben bei akutem Ekzem und bei Verbrennung, wogegen er bei Psoriasis vulgaris und bei luetischen Affektionen keinen Nutzen davon sah. — Glawsche hat gleichfalls bei Ekzem gute Resultate erzielt. — Atenjanz (Gast) lobt es bei Rhagaden am After, Unterschenkelgeschwüren und bei chronischem Ekzem des Hodensackes. — Pospelow sieht in dem Naftalan durchaus kein Universalmittel gegen Hautkrankheiten, hat sich aber davon überzeugen können, dafs es bei allen bullösen Dermatitiden günstig wirkt.

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 24. November 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1898.)

Dr. J. F. Payne zeigt einen 78jährigen Mann, der früher lange Zeit an Ekzem gelitten hatte, seit drei Jahren auf der Haut rote Plaques aufweist, die man als Erythem oder modifiziertes Ekzem ansprechen könnte. Auf zweien dieser Plaques sieht man Tumoren, deren Aussehen lebhaft an Mykosis fungoides erinnert, deren histologische Struktur jedoch mehr die eines **Spindelzellensarkoms** von eigentüm-

lichem Typus ist. Das Sarkom zeigt teilweise myxomatöse Degeneration; die Zellen sind säulenförmig angeordnet, sodafs der Zustand eine Ähnlichkeit mit einem Cylindrom hat. Die beiden Tumoren bestehen seit drei Jahren und sind in dieser Zeit nur sehr wenig gewachsen, haben auch zu keinerlei Beschwerden Anlafs gegeben. Vergrößerung der benachbarten Drüsen oder solcher überhaupt war nicht vorhanden.

Dr. H. Grant demonstriert einen **Fall von Xanthoma diabeticorum.** Der Urin des Patienten zeigte jedoch nur geringe, zeitweilig gar keine Spuren von Zucker. Der Vorsitzende Dr. Payne meint, dafs es sich hier nicht um wirklichen Diabetes, sondern wahrscheinlich nur um transitorische Glykosurie handele. Er weist auf den Unterschied hin, welchen die Autoren, namentlich die französischen, zwischen dem Xanthoma diabeticorum und dem gewöhnlichen machen.

Dr. D. Walsh demonstriert eine junge Frau mit **infektivem Haemato-angioma,** die bereits an verschiedenen anderen Stellen erwähnt worden ist. Die Krankheit besteht seit acht Jahren, begann an einem Arm unmittelbar nach einem Anfall von rheumatischem Fieber und breitete sich dann über den ganzen Körper aus. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um eine chronisch progressive, perivaskuläre Entzündung, begleitet von Atrophie und Obliteration der Arteriolen.

Dr. Savill demonstriert einen **Fall von Morphoea und Sclerodermia.** Die 40jährige Patientin klagt über intensive Schmerzen in den Händen. Dieselben sind geschwollen, besonders an den Gelenken, die Haut gerötet, glatt und glänzend. Die Füfse sind in ähnlicher Weise befallen. Auf dem rechten Fufsrücken sieht man eine weifse Stelle, einige andere auf dem Rumpf. Sie sind Zeichen von zweifelloser Morphoea. Vor einem Jahre fühlte die Patientin Taubsein und Steifigkeit in den Füfsen, bald darauf wurde die Haut derselben hart und starr. Im weiteren Verlaufe fiel die dritte Zehe des linken Fufses vollständig ab. Der Prozefs war stets von intensiven Schmerzen begleitet. Die Muskeln am ganzen Körper sind steif und schwach, besonders die der Vorderarme. In mancher Beziehung erinnert der Fall an die Morvansche Krankheit.

Sitzung vom 26. Januar 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1898.)

Dr. Abraham demonstriert einen **Fall zur Diagnose.** Der im Mannesalter stehende Patient zeigt auf der rechten Seite der Brust eine eigentümliche Affektion, die charakterisiert ist durch mehrere, grofse, bräunliche Massen von Erbsen- bis Wallnufsgröfse. Einige der gröfseren sind stark entzündet, ulceriert und äufserst schmerzhaft. Eine Drüse in der rechten Achselhöhle ist vergrößert. Unter der Applikation einer milden, kühlenden Zink- und Bleisalbe hat sich der Zustand wesentlich gebessert. Über die Natur und Ursache der Affektion sind die Ansichten der Mitglieder geteilt. Die Möglichkeit, dafs dieselbe erst durch die Applikation irritierender Medikamente, im vorliegenden Falle durch ein Jodpräparat entstanden sei, ist nicht ausgeschlossen. — Dr. Eddowes weifs aus eigener Erfahrung, dafs gewisse andauernde Reize zu Veränderungen der gereizten Stellen (Schwielenbildung etc.) Anlafs geben, von denen Spuren selbst nach Beseitigung des Reizes für alle Zeiten persistieren.

Dr. Savill demonstriert einen **Fall von Leukodermia** bei einem 16jährigen Mädchen. Vor zehn Jahren bekam dasselbe auf der Haut der Lendengegend weifse Stellen, welche von einer pigmentierten Zone umgeben waren. Seitdem die Patientin menstruierte, hat sich die Affektion weiter ausgedehnt. Man sieht jetzt am Abdomen und den benachbarten Teilen der Oberschenkel ausgedehnte cirkuläre und ovoide weifse, glatte Bezirke, welche von Zonen brauner Pigmentation begrenzt sind. Die Patientin zeigt Anzeichen der Basedowschen Krankheit, vergrößerte Schilddrüse,

Herzklopfen, beschleunigten Puls, Nervosität. Der Exophthalmos fehlt. — Dr. Eddowes fragt, ob irgendwelche Anzeichen von Alopecia areata vorhanden gewesen seien. Es interessiere ihn dies zu erfahren, weil er vor einiger Zeit auf die Thatsache hingewiesen habe, dafs man in manchen Fällen von Alopecia areata hier und da weifse Flecke findet, welche gewöhnlich Leukodermia genannt werden. Es schienen ihm einige weifse Stellen im vorliegenden Falle wesentlich von derselben Natur zu sein. In gewissen Fällen von Alopecia areata des Bartes könne man weifse Flecken von sogenannter Leukodermie auch auf nicht behaarten Stellen wahrnehmen. — Dr. R. L. Bowles hat Fälle beobachtet, die fast ausschliefslich als Folge von Schreck, Kummer und anderen psychischen Einflüssen des Nervensystems anzusehen waren. Vielleicht spielen im vorliegenden Falle im Blute kreisende Toxine, wie man sie nach neueren Hypothesen bei der Basedowschen Krankheit voraussetzt, eine ätiologische Rolle.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Dezember 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1898.)

Dr. J. M. Bruce und Dr. J. Galloway stellen einen **Fall von eigentümlicher Purpura** vor. Der 29jährige Patient, Koch von Beruf, bekam vor acht Wochen rote Flecke an den unteren Extremitäten und gleichzeitig Ödem derselben. Bei der Untersuchung erwies sich der Ausschlag als eine typische „Purpura rheumatica", wie sie in den Lehrbüchern beschrieben ist. Von besonderem Interesse war in dem Falle, dafs jeder Reiz auf der Haut, beispielsweise durch das stumpfe Ende eines Bleistiftes hervorgerufen, zuerst eine weifse Linie verursacht, die von einem rosaroten Streifen gefolgt war. Im Verlaufe von 2—3 Stunden wurde derselbe tief purpurrot. Bei näherer Besichtigung bemerkte man, dafs der Streifen aus einer grofsen Zahl purpurroter Flecke bestand. Man hatte es also hier mit einer „Purpura factitia" zu thun.

Herr Albert Carless demonstriert einen **Fall von melanotischem Tumor der Haut** bei einem 54jährigen Manne. Vor ca. drei Jahren bemerkte der Patient auf der linken Wange in der Jochbeingegend einen etwa haselnufsgrofsen Tumor. An derselben Stelle hatte früher immer ein kleines Muttermal bestanden. Dasselbe ist jedoch, angeblich nachdem der Patient sich beim Abtrocknen mit einem Handtuch an dieser Stelle blutig gekratzt hatte, stetig gewachsen. Der Tumor ist von einem dunkelpigmentierten Hofe umgeben. Er wurde im Jahre 1895 entfernt, jedoch nicht die ganze pigmentierte Partie mit beseitigt. Die Pigmention dehnte sich weiter aus. Während der letzten zwei Monate ist auf dem Grunde der alten Narbe ein flaches, gräulich aussehendes, warzenartiges Gewächs entstanden, das von einem tief pigmentierten Hofe umgeben ist. Die Lymphdrüsen sind nicht vergröfsert. Das Allgemeinbefinden hat in den letzten zwei Jahren gelitten. — Herr W. Anderson rät zu vollständiger Excision der Stelle und zu nachfolgender Transplantation nach Thiersch.

Dr. St. Mackenzie zeigt einen Fall von **lokaler Asphyxie mit Acne necrotica und Lupus erythematosus**, interessant wegen des Zusammentreffens dreier Hautaffektionen vasomotorischen Ursprunges.

Sitzung vom 12. Januar 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* Februar 1898.)

Dr. Wm. Anderson demonstriert einen **Fall von Sklerodermie**, die sich genau auf den Bezirk des fünften Gehirnnerven beschränkt. Der Patient ist 26 Jahre alt,

war früher stets gesund, sein Allgemeinbefinden ist auch jetzt ein gutes. Vor vier Monaten bemerkte er eine Entfärbung der Haut auf der rechten Seite des Gesichtes und gleichzeitig Haarausfall an derselben Stelle. Kurze Zeit darauf verdickte sich die Haut der befallenen Partien. Die Sensibilität derselben ist normal geblieben.

Dr. C. Fox demonstriert 1. einen **eigentümlichen Fall von Alopecia** bei einem dreijährigen Kinde. Die Mutter desselben bemerkte seit 14 Monaten Verdünnung und Ausfallen der Haare. Bei näherer Besichtigung der vorderen Hälfte des behaarten Kopfes konnte man wahrnehmen, dafs die Haare genau nach demselben Prinzipe wie bei Alopecia areata abgebrochen waren, jedoch nicht alle Haare eines umschriebenen Bezirkes. Das Abbrechen trat vielmehr hier und da zerstreut auf der vorderen Kopfhälfte auf und führte auch nicht zu kahlen Stellen. Bei oberflächlicher Betrachtung nahm man von einer Haaraffektion wenig wahr. Die Kopfhaut selbst schien vollständig gesund. Die mikroskopische Untersuchung ergab Verdünnung des intrafollikulären Teiles der Haarstümpfe. Ein Pilz wurde nicht gefunden. 2. ein vierjähriges Kind mit einem ringförmigen, erythematösen Ausschlage von unbestimmbarem Charakter. Der Ausschlag, welcher vorwiegend die oberen Partien der Oberschenkel, die Regio pubica, das Gesäfs befallen hatte, bestand aus erbsengrofsen, zumeist lebhaft roten Flecken, die sich vergröfserten und, während das Centrum normale Hautfarbe annahm, von breiten rosenroten Rändern begrenzte Ringe bildeten. Die Affektion verlief ohne Schuppenbildung, ohne Jucken und sonstige subjektive Empfindungen. Das Kind ist im übrigen völlig gesund. Der angewandten Therapie trotzte der Ausschlag hartnäckig und verschwand erst nach einigen Monaten ganz spontan. Der Vortragende möchte die Affektion, da sie weder als Ringworm, noch als Eccema seborrhoicum oder Pityriasis rosea oder Erythema multiforme angesehen werden könne, für eine Krankheit sui generis halten.

Herr M. Morris stellt ein wohlgenährtes, gesund aussehendes 17jähriges Mädchen vor mit **Lymphangioma circumscriptum** an der hinteren Fläche des rechten Oberschenkels und am Gesäfs. Man sieht hier auf einer umschriebenen Stelle Gruppen von stecknadelkopf- bis kleinerbsengrofsen hellen, transparenten, gelblichroten Bläschen, welche im oberen Teile des Coriums gelegen sind. Sie verleihen der befallenen Hautpartie ein runzeliges, warziges Aussehen. Keine der Effloreszenzen ist bisher spontan verschwunden. Vortragender will sie mit dem Elektrokauter beseitigen.

Dr. Perry zeigt einen **Fall von Sclerodermia guttata** bei einer 33jährigen Frau. Der Ausschlag besteht, so lange die Patientin sich erinnern kann. Er ist charakterisiert durch kleine, cirkuläre, weifse, 1/4 Zoll im Durchmesser messende Stellen, die von einem dunkler pigmentierten, etwas erhabenen Rande umgeben sind. Viele derselben sind mit den benachbarten konfluiert. Die Haut ist hier meistens verdickt. Befallen ist in symmetrischer Weise besonders der obere Teil des Thorax und zwar vordere und hintere Fläche, aufserdem der untere Teil des Halses und die Gegend hinter den Ohren. Neben der Sklerodermie zeigt die Patientin auf der Brust einige kleine Teleangiektasien, die jedoch erst in den letzten Monaten entsanden sind.

Sitzung vom 9. Februar 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1898.)

Dr. G. F. Blacker zeigt ein fünf Wochen altes, völlig normal geborenes Mädchen mit **Ödem** des Gesäfses, der äufseren Fläche der Oberschenkel, der vorderen und äufseren Fläche der Unterschenkel, des Rückens und der Streckseite des Ober- und Unterarmes. Die Haut der befallenen Partien ist hart, hornig, nicht faltbar. Auf Druck werden Vertiefungen hervorgerufen, die nur langsam das Niveau der Umgebung wieder annehmen. Im übrigen ist das Kind gesund. Die Ursache des Zustandes der

Haut ist dunkel. Vortragender bezeichnet ihn als **Oedema neonatorum**, das vielleicht als Folge intrauteriner Cirkulationsstörungen während der Graviditāt der Mutter anzusehen ist. Die Prognose ist günstig. Die Behandlung besteht in Warmhalten des Kindes, Einreiben der Glieder mit warmem Öl.

Dr. R. Crocker zeigt einen **Fall von Herpes gestationis**. Die Patientin macht jetzt die vierte derartige Attacke durch. Der erste Ausbruch eines Herpes erschien drei Tage nach der Geburt ihres vierten Kindes, der zweite im sechsten Monate, der dritte im dritten Monate und der gegenwärtige im siebenten Monate der Schwangerschaft.

Dr. C. Fox demonstriert einen Fall, dessen Diagnose zwischen Peliosis oder Purpura rheumatica einerseits und **Purpura urticans** (Willan) oder **Urticaria petechialis** (Willis) andererseits schwankt. Der Status entspricht mehr der letzteren Bezeichnung.

Dr. Pringle stellt 1. einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Ansichten der Mitglieder differieren sehr. Während der Vortragende und mit ihm Crocker eine Pityriasis rubra pilaris als vorliegend annehmen, halten M. Morris den Fall für ein Ekzem, C. Fox für ein Eccema follicularis und J. Galloway für eine Kombination von Dermatitis und Pityriasis rubra pilaris; 2. einen **Fall von Sklerodermie** bei einem 16jährigen, kräftigen Knaben, der niemals Rheumatismus gehabt hat. Im Oktober 1897 bekam er Scharlachfieber. Im Anschluſs an dasselbe entwickelte sich im November nach einem plötzlichen Ohnmachtsanfalle und galoppierender Herzaktion des Patienten eine diffuse Schwellung und Härte der Haut am Halse. Diese Erscheinungen ergriffen in der nächsten Zeit die Haut des Gesichts, der Oberarme und des oberen Teiles der Brust. Die Haut über den Knöcheln und den Fuſsrücken war ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. Unter der Behandlung mit Thyreoidtabletten trat eine auffallende Besserung des Zustandes ein. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1897.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Februar 1898.)

Dr. Lustgarten stellt einen **Fall von symmetrischer, erythematöser Keratodermie** vor. Der 35jährige Patient bekam die Affektion an den Handtellern und Fuſssohlen vor einem Jahre. Dieselbe entspricht dem Krankheitsbilde, welches Besnier im *Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten* 1889 publiziert und mit „Kératodermie symmétrique des extrémités“ bezeichnet hat. Eine Ursache für das Leiden konnte nicht festgestellt werden. Unter der Behandlung innerlich mit Schilddrüsenextrakt und äuſserlich mit Applikation einer Salicyl-Resorcinsalbe hat sich der Zustand wesentlich gebessert. — Dr. Bulkley hat gute therapeutische Resultate erzielt von der abwechselnden Applikation von kaltem und heiſsem Wasser. Zuerst sollen die Hände in kaltes, dann in heiſses Wasser getaucht werden. Hierauf folgt eine Applikation von Hebrascher Salbe, die eingerieben und auch auf Watte aufgestrichen aufgelegt wird. Ein geringer Zusatz von Salicylsäure oder Karbolsäure erhöht die Wirkung der Salbe. Die Applikation geschieht am besten vor dem Schlafengehen. — Dr. Fordyce erzielt einfach mit Hebrascher Salbe gute Erfolge. — Dr. Elliot sieht die Affektion im vorliegenden Falle nicht für Besniers symmetrische Keratodermie, sondern für eine einfache Hyperkeratosis palmaris et plantaris an. Er erinnert bezüglich der Ätiologie an Fälle von symmetrischer Keratodermie, welche durch Arsenikgebrauch hervorgerufen worden sind. — Dr. G. H. Fox möchte den verschiedenen Formen dieser Affektion nicht verschiedene Namen beilegen, weil sie wahr-

scheinlich alle von derselben Natur seien. Es sei besser sie zusammen unter eine Klasse zu bringen, selbst wenn in einigen Fällen die warzige Beschaffenheit der Efflorescenzen vorhanden sei, in anderen aber fehle. — Dr. Sherwell stimmt dem Vorredner bei. Augenblicklich sei eine 32jährige Frau mit angeblich hereditärer Keratodermie in seiner Behandlung. Die Patientin habe ein 8 Monate altes Kind, welches genau denselben abnormen Zustand der Palmar- und Plantarhaut aufweise. Er wende eine aus Salicylsäure, Resorcin und geringer Menge von weifsem Präcipität zusammengesetzte Salbe an.

Dr. G. H. Fox demonstriert einen **Fall von Folliculitis decalvans.** Der Patient zeigt einen Ausschlag auf der Kopfhaut, der charakterisiert ist durch eine Anzahl erhabener, erythematöser Efflorescenzen um die Haarfollikel. Der Folliculitis folgt Lockerung und Ausfall der befallenen Haare. Der Prozefs zeigt meistens serpiginösen Charakter und schliefst mit Hinterlassung narbigen Gewebes. Eine Resorcinsalbe habe gute Wirkung gethan. — Dr. Lustgarten bemerkt, dafs bei der Folliculitis decalvans die follikuläre Entzündung bisweilen von Eiterung aber ohne Hinterlassung tiefer unregelmäfsiger Narben begleitet sei. Fälle, wie der vorgestellte, seien von Besnier unter dem Namen „Alopecie cicatrielle oder pseudo-cicatrielle" beschrieben worden. Sie erinnerten, wie Dr. Johnston richtig bemerkt hat, lebhaft an Lupus erythematosus.

Dr. Elliot stellt einen **Fall von Hydradenitis papulosa** vor. Der Patient ist früher bereits demonstriert. Viele Mitglieder hätten den Fall als Syphilis angesehen. Der Patient ist unter dem Gebrauche heifser Bäder ohne jede antiluetische Behandlung geheilt worden. Der Vortragende glaubt, dafs der Ausschlag das Resultat einer Entzündung der Schweifsdrüsen gewesen sei. Nicht selten komme es vor, dafs Fälle von sogenannter Acne varioliformis in Wirklichkeit Fälle von Hydradenitis seien. Es handle sich bei dieser Affektion um eine tiefliegende Entzündung, welche fortschreitend zur Zerstörung der Drüsen führt.

Dr. Allen demonstriert einen **Fall von Morphoea.** Der Patient, ein junger Mann, bemerkte im Anfang dieses Sommers einen weifsen Fleck auf der rechten Seite des Gesichts. Derselbe dehnte sich nach oben längs der vorderen Grenze des Ohres bis zur Kopfhaut aus. Die Läsion war schwach erhaben auf der normalen Haut, sah wachsfarben aus und fühlte sich fest an. Unter Elektrolysis, alle 5—7 Tage vorgenommen, hat sich der Zustand wesentlich gebessert. — Dr. Sherwell sieht den Fall als umschriebenes Skleroderma an. Zu derselben Ansicht neigt auch Dr. Bulkley.

Dr. Elliot stellt für Dr. Bronson einen **Fall zur Diagnose** vor. Die verheiratete Frau zeigt einen Ausschlag, der zuerst papulös oder erythematös und von dunkelroter Farbe war und in umschriebenen, langsam peripherisch fortschreitenden Plaques auftrat. Die Affektion ist von schwacher Schuppenbildung, gelegentlich auch von Pustulation begleitet. Dagegen fehlt Narbenbildung und Atrophie, wie man sie beim Lupus erythematosus, an welchen die Affektion erinnern könnte, beobachtet. Die Halsdrüsen sind geschwollen. — Dr. Cutler sieht den Fall für wahren Lupus an. — Dr. Fordyce und Dr. Lustgarten möchten erst das Resultat der histologischen Untersuchung abwarten, ehe sie eine bestimmte Diagnose stellen. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 42. Heft 3. 1898.

I. **Zur Histologie des Ulcus rodens** von Karl Kreibich-Wien. Wie Kaposi und Schuh, beschreiben Unna und Dubreuilh das zumeist an die Augengegend gebundene Ulcus rodens „als eine im Niveau der Haut gelegene, frischrot oder gelbrot aussehende Geschwürsfläche mit geringer seröser Sekretion und einem auffallend indifferenten Rande. Diese Geschwürsfläche stellt das ulcerierte Stadium einer als glänzendes, wachsartig schimmerndes, sehr derbes Knötchen erscheinenden Primäreffloreszenz dar, aus welcher durch wiederholte Exfoliation der Hornschicht das eigentliche Ulcus hervorgeht". Hinsichtlich des histologischen Verhaltens des unter dem Bilde des Ulcus rodens erscheinenden flachen Epithelialcarcinoms weichen die Ansichten Unnas von denjenigen Dubreuilhs und einzelner älterer Autoren ab. Die Mehrzahl der letzteren stimmen mit Dubreuilh überein; auch die vom Verfasser beobachteten Fälle decken sich in ihrem klinischen und histologischen Bilde zumeist mit den von Dubreuilh beschriebenen. — Fall 1 betrifft einen 67jährigen, gut genährten Mann mit schlaffer, von zahlreichen Naevis und trockenen schuppenden Ekzemen bedeckter Haut. Seit 4 Jahren leidet er an einer umschriebenen, zwischen beiden Schulterblättern lokalisierten, die Mittellinie besonders nach rechts überragenden 6 cm im Durchmesser tragenden Hautaffektion. Dieselbe besteht deutlich aus einem 2—4 mm breiten, lividroten, mit festhaftenden Schuppen und Borken bedeckten, derben Rand und einem scheinbar narbig verändertem Centrum, in welches etwa 8—10 makroskopisch sichtbare, gelbe, wachsartig glänzende, hanfkorn- bis halblinsengroße Knötchen eingelagert sind, die beim Anstechen eine weiße, breiige Substanz entleeren. Ulceration war nicht vorhanden. Die klinische Diagnose lautete Molluscum contagiosum et Epithelioma cutis dorsi. Drei weitere, vom Verfasser beschriebene Fälle stellten sich klinisch als flache, unregelmäßig gestaltete Krebsgeschwüre dar. Dem klinischen Aussehen der vier Fälle entsprach ein gemeinsamer histologischer Befund, dessen Charaktere Verfasser in der Beschaffenheit der Zellen, in ihrer Anordnung zu Zellnestern, in einer regressiven Metamorphose innerhalb dieser Nester und endlich in dem Verhältnis derselben zu dem umgebenden Stroma erblickt. Die polyedrische, protoplasmareiche, normale Epidermiszelle erleidet als Geschwulstzelle eine Umwandlung; sie wird spindelig ausgezogen, das Protoplasma tritt zurück gegen den großen elliptischen, sich intensiv färbenden Kern. In den Geschwulstnestern legen sich nun die Zellen an einander, indem sich die spindeligen Zellen zu streifigen oder wirbelartigen, koncentrischen Zügen gruppieren. Die Zellform der Randbegrenzung ist eine cylindrische bei großen zusammenhängenden oder kleinen rosettenförmigen Zellnestern; oder die Spindelform bleibt gewahrt bei den feinen, von größeren Läppchen ausgehenden, spindeligen Fortsätzen und bei solchen Herden, welche in einen Mantel neugebildeten Bindegewebes eingehüllt sind, wie im Falle 1. — Die Form der Zellnester war wieder abhängig von dem umgebenden Stroma. Die Läppchen waren groß, wo die Neubildung junger Bindegewebszellen schwach war; und sie waren schmächtig, konkav ausgebuchtet und in feine Ausläufer ausgezogen, wo die Neubildung junger Bindegewebszellen groß war. — In allen Fällen trat die scharfe Trennung der beiden Keimblätter durch die intensive Kernfärbung

der Geschwulstzellen und durch das Zurücktreten der bindegewebigen Umgrenzung unter Bildung eines durch die Härtung bewirkten Zwischenraumes zwischen Epithel und Bindegewebe deutlich hervor. Nirgends fand eine Durchwucherung und Zerklüftung der Bindegewebsbündel durch Geschwulstanteile statt. In keinem Falle fanden sich echte Epidermiskugeln. Die elastischen Fasern waren entweder durch neugebildetes Bindegewebe zum Schwinden gebracht oder sie waren zu verquollenen, zwischen den Epidermisnestern gelegenen Konvoluten zusammengedrängt. In allen Fällen fanden sich reichliche Mastzellen. Charakteristisch war ferner eine als Nekrose zu deutende regressive Metamorphe innerhalb der Geschwulstnester. — Verfasser hält die beschriebenen histologischen Merkmale der vier Fälle für genügend charakteristisch, um sie als eine eigene Gruppe des Carcinoma cutis hinzustellen und sie mit Rücksicht auf das klinische Verhalten und auf die Übereinstimmung der histologischen Befunde mit denjenigen Dubreuilhs als einen Typus seines Ulcus rodens sensu strictiori zu bezeichnen, das eine spezielle Form des flachen Hautkrebses darstellt.

II. **Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen**, von Ludwig Waelsch-Prag. Die von den verschiedenen Autoren beschriebenen Methoden der Abortivbehandlung der Bubonen haben das Gemeinsame, dafs Flüssigkeiten in den noch nicht oder mehr oder weniger stark fluktuierenden Bubo injiziert werden. Es fragt sich nun: „Kommt dem injizierten Medikament oder dem Vehikel, in welchem es gelöst ist, die Hauptaufgabe bei der sogenannten Abortivbehandlung zu, oder mit anderen Worten: Ist nicht bei der Abortivbehandlung die Injektion der Flüssigkeiten als solche die Hauptsache, und ist es nicht ganz gleichgültig, was wir injizieren?“ — Verfasser suchte diese Frage dadurch zu beantworten, dafs er eine Zahl von Bubonen durch Injektion mit einer indifferenten Flüssigkeit, einer sterilierten, physiologischen Kochsalzlösung, in das entzündete Drüsengewebe behandelte. In allen Fällen liefs sich gewöhnlich am Tage nach der Injektion ein vollständiges oder fast vollständiges Aufhören der Druckschmerzhaftigkeit und der spontanen Schmerzen beobachten. — Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: „Es wurden im ganzen 25 Fälle mit 27 Bubonen der Injektionsbehandlung mit physiologischer Kochsalzlösung unterworfen. Davon heilten 20 = 74% innerhalb durchschnittlich 15,4 Tagen (Welander erzielte mit seinem Verfahren 78% Heilung). Bei 2 Fällen wurde die Behandlung aus äufseren Gründen nicht zu Ende geführt. 5 Fälle = 14,8% kamen zur Operation. Es läfst sich daher die Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung den gebräuchlichsten Abortivbehandlungsmethoden nach Lang und Welander an die Seite stellen.

III. **Die Exantheme der Tuberkulose („Tuberculides“ Darier)**, von Cäsar Boeck-Christiania. (Schlufs.) Verfasser erörtert zunächst den Lupus erythematosus discoides. Bei zwei Drittel der 36 vom Verfasser tabellarisch aufgeführten Fälle von Lupus erythematosus discoides sind deutliche Symptome der Skrophulo-Tuberkulose bei den Patienten nachzuweisen. Von den übrigen 12 Kranken, welche selbst keine deutlichen Symptome von Tuberkulose dargeboten hatten, hatten 6 nahe Verwandte, die tuberkulös waren. Man wird nach diesen Ergebnissen die Abhängigkeit des Lupus erythematosus discoides von der Tuberkulose nur schwer in Abrede stellen können. Verfasser führt für diesen Zusammenhang noch einige andere Thatsachen an. Die so häufige streng symmetrische Lokalisation des Lupus erythematosus discoides läfst hinsichtlich des Einflusses der Tuberkulose auf das Entstehen der Hautaffektion die Annahme plausibel erscheinen, dafs dieselbe durch eine Einwirkung der in Cirkulation gesetzten bacillären Toxine auf die vasomotorischen Centren hervorgerufen werde. Wie bei der makulo-anästhetischen Lepra sollte man auch beim Lupus erythematosus die zu den Flecken verlaufenden Nervenzweige untersuchen.

Die oft sehr auffallende Hyperalgesie der Flecke deutet auf ein spezielles Leiden der Hautnerven hin. Es ist übrigens eine bekannte Thatsache, dafs die tuberkulösen Toxine periphere Neuritiden veranlassen können. Für alle vom Verfasser besprochenen Exantheme steht fest, dafs sie in hohem Grade symmetrisch auftreten. Sie gehören somit nicht nur ätiologisch, sondern auch pathogenetisch zur selben Kategorie. Sie sind sämtlich aller Wahrscheinlichkeit nach als Toxidermien aufzufassen, die durch die Einwirkung der tuberkulösen Toxine auf gewisse Nervencentren eingeleitet sind.

IV. **Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulin-R.**, von Adam Scheuber-Prag. (Schlufs.) Der Verfasser fährt mit der Mitteilung von Krankengeschichten fort und gelangt zu folgenden Ergebnissen seiner Beobachtungen: 1. Eine Tuberkulininjektion verläuft in den seltensten Fällen reaktionslos. Meist kommt es zu Reaktionen an den Injektionsstellen, wie auch an den Erkrankungsherden. 2. Eine Allgemeinreaktion des Körpers, die sich durch mitunter recht erhebliche Temperatursteigerung manifestiert, läfst sich selbst bei noch so vorsichtiger Steigerung, selbst bei Wiederholung derselben Dosis nie mit Bestimmtheit vermeiden. 3. Im Beginne einer Injektionstherapie kommt es zu einem gewissen Grade von Besserung, aber niemals zu einer Heilung der lokalen Herde. 4. Eine Dosis von 20 mg reicht nicht hin, den Prozefs zum Schwinden zu bringen, und dürfte auch bei höheren Dosen keine endgültige Heilung zu erwarten sein, da die Besserung nur im Beginne der Therapie sich einstellte, und der Prozefs gegen Ende derselben meist stationär blieb. 5. In einer Reihe von Fällen haben wir uns bei vollständig durchgeführter Injektionstherapie, selbst bei nachfolgender operativer Entfernung des erkrankten Gewebes infolge der auftretenden Recidive davon überzeugt, dafs keine Immunität eingetreten war; inwieweit dieselbe bei den anderen Fällen erfolgt ist, dürfte erst nach längerer Beobachtung entschieden werden. 6. Die Behandlung mit dem neuen Tuberkulin R bietet mithin keine wesentlichen Vorteile gegenüber dem alten Tuberkulin, mit dem es bei gleich hoher Dosierung alle Nachteile gemein hat; überdies gestaltet sich infolge der langen Dauer und des hohen Preises des Medikaments die Therapie sehr kostspielig. Die beobachteten Komplikationen weisen aufserdem darauf hin, dafs dieselbe womöglich klinisch durchgeführt werden mufs, da die genaueste Überwachung des Falles ratsam erscheint, wenn man vor unangenehmen Überraschungen gesichert sein will.

V. **Über Nebenwirkungen bei intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum**, von Carl Grouven-Bonn. In den Jahren 1888—1893 wurden in der Bonner Klinik und Poliklinik insgesamt 4187 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum bei 446 Patienten ausgeführt, deren Resultate in Arbeiten früherer Assistenten der Bonner Klinik veröffentlicht sind. Vom Jahre 1893 bis Oktober 1897 betrug die Anzahl der Injektionen von Hydrargyrum salicylicum im ganzen 4805 bei 644 Patienten. Verwandt wurde eine 10%ige Suspension von Hydrargyrum salicylicum in Paraffinum liquidum. Die Injektionsmenge betrug 0,06—0,1 Hydrargyrum salicylicum pro Injektion in 3—7tägigen Intervallen. Die Injektionen wurden stets intramuskulär in die Nates ausgeführt. — Von störenden Nebenerscheinungen wurden beobachtet: Stomatitis, Enteritis, Fieber, Mattigkeit und langdauernde Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle ohne objektiven Befund, stärkere Infiltrate an den Injektionsstellen, nervöse Erscheinungen und Komplikationen von Seiten der Lungen. — Bei den 644 Patienten traten durchschnittlich nach der fünften Injektion 40 mal schwerere Stomatitiden auf (= 6,21% der Patienten), darunter waren Männer 22, Weiber 18. Enteritis mercurialis hatten 2,48% der Patienten durchschnittlich nach fünf Injektionen. Fiebersteigerung hatten 1,4% der Fälle. Unbestimmte Be-

schwerden, eine länger dauernde erhebliche Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle ohne stärkere Infiltrate, oder allgemeines Mattigkeitsgefühl ohne objektive nachweisbare Ursache machten sich bei 0,78%; stärkere Infiltrate an den Injektionsstellen bei 2,48%; Stomatitis und Enteritis gleichzeitig bei 0,62%, Stomatitis und stärkeres Infiltrat bei 0,15%; Infiltrate und Enteritis bei 0,15% der Fälle bemerkbar. Unzweifelhafte Lungenembolien wurden in der Bonner dermatologischen Klinik vom Jahre 1889—1897 bei rund 9000 Injektionen nur zweimal beobachtet. — Auf Grund der Erfahrungen, welche an der Bonner Klinik gemacht worden sind, glaubt Verfasser, dafs bei richtiger Anwendung und geeigneter Technik die Methode der Quecksilbereinverleibung durch intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum salicylicum es sehr wohl verdient, eine ausgedehntere Anwendung zu finden. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 3.

I. **Die galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie,** von Bottini. An Stelle der in neuerer Zeit empfohlenen verstümmelnden Operationsmethoden empfiehlt Verfasser aufs neue angelegentlich die von ihm angegebene Kauterisation des mittleren Lappens der Prostata, die sich von jedem, der katheterisieren kann, ausführen läfst, dem Patienten keine Schmerzen macht und sofort ein gutes Resultat giebt. Als Elektricitätsquelle benutzt Verfasser einen Akkumulator und rät, eine oder mehrere Incisionen, event. in verschiedenen Ebenen, durch die Prostata zu machen.

II. **Partielle Resektion der Harnröhre bei Striktur, Kombination mit Cystotomia perinealis,** von Baumgarten. Da die Sondenbehandlung der Strikturen kein Dauerresultat giebt und die langfortgesetzte Behandlung für den Patienten nicht indifferent ist, empfiehlt Verfasser entweder die Urethrotomia perinealis, oder als noch besser die Urethrektomie, die partielle Resektion der Harnröhre unter Excision der Striktur und Vernähung; die lineare Narbe bleibt weich. Verfasser hat einen Patienten mit sehr engen Strikturen, der aufserdem noch einen Blasenstein hatte, nach dieser Methode operiert und geheilt; das gute Resultat bestand nach 20 Monaten noch vollkommen. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 3.

Beitrag zum Studium der syphilitischen Pseudo-Tumoren, von L. Martel. Es werden zwei fast gleichartige Fälle mitgeteilt. In beiden war der Unterschenkel bezw. der Fufs Sitz einer anscheinend bösartigen Neubildung; im ersten Fall war die Patientin sogar zwecks Amputation ins Krankenhaus geschickt worden; auch das carcinomatöse Aussehen und der rasche Kräfteverfall sprachen hier für das Vorhandensein eines Carcinoms oder Sarkoms. Doch wurden bei eingehender Untersuchung verschiedene Stigmata syphilitica entdeckt und daraufhin zuerst der Versuch mit einer kombinierten spezifischen Behandlung gemacht; die Heilung liefs dann nicht lange auf sich warten. Ähnlich gestaltete sich der Verlauf im zweiten Fall.

Zum Studium des Erythema induratum Bazin, von Ch. Audry. A. knüpft seine Bemerkungen an einen ausführlich mitgeteilten Fall von Erythema induratum an, der zu sorgfältigen histologischen und bakteriologischen Untersuchungen verwertet wurde. Als histologischer Befund ergab sich nur eine fettige Entartung, die inner-

halb des vom Ödem befallenen Gebiets Platz griff; sämtliche entzündliche Erscheinungen fehlten fast ganz. Verdächtige Bacillen liefsen sich nicht nachweisen und zwei mit pathologischen Massen geimpfte Meerschweinchen liefsen bei der Sektion jede Spur von Tuberkulose vermissen. A. folgert aus diesen Befunden, dafs man kein Recht hat, das Erythema induratum als skrophulös zu bezeichnen und ist viel eher geneigt, es, einer älteren Auffassung Hardys entsprechend, als eine chronische Varietät des Erythema nodosum zu betrachten. (S. auch die Abhandlung S. 481 ff. dieses Heftes.) *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

März 1898.

I. **Eine pathologico-klinische Einteilung der Hautkrankheiten,** von Louis A. Duhring Philadelphia. Der Verfasser erörtert die verschiedenen Gesichtspunkte, nach welchen eine Einteilung der Hautkrankheiten gemacht werden könnte und auch von namhaften Autoren vorgenommen worden ist. Die vom Verfasser vorgeschlagene Einteilung, welche er mit „pathologico-klinische Klassifikation" bezeichnet, gründet sich auf die Pathologie, pathologische Anatomie und Symptomatologie der Hautkrankheiten und ist folgende:

1. Klasse. Anämien (Transitorische oder persistierende, allgemeine oder lokale).

2. Klasse. Hyperämien (kongestiver, diffuser oder umschriebener, wesentlich oberflächlicher Prozefs).

Prädominierende Läsionen:

Erythema hyperaemicum — Aktiv
Livido, Cyanosis — Passiv
} erythematös.

3. Klasse. Exsudationen-Entzündungen. (Entzündlicher, diffuser oder umschriebener, oberflächlich oder tief sitzender Prozefs.)

Prädominierende Läsionen:

Exythema exsudativum
Erythema perstio
Erythema exsudativum multiforme
Erythema nodosum
Pellagra, Acrodynia
} erythematös.

Urticaria
Urticaria pigmentosa
Oedema
} erythematös, ödematös.

Ecoema } erythematös, papulös, vesikulös, pustulös, squamös oder multiform.

Impetigo
Impetigo herpetiformis
Ecthyma
} pustulös.

Dermatitis herpetiformis
Pemphigus
Pompholyx
Herpes simplex
Herpes zoster
} vesikulös, bullös oder pustulös.

Lichen
Prurigo
} papulös.

Akne
Sykosis
} papulös, knotig oder pustulös, die Talgdrüsen oder Follikel ergreifend.

Psoriasis
Pityriasis rubra follicularis
Pityriasis rubra
Dermatitis exfoliativa
Pityriasis rosea
} erythemato-squamös.

Erysipelas — erythematös, ödematös.

Morbilli
Rubeola
Scarlatina
} Eruptions-Fieberkrankheiten } erythematös, makulo-papulös.

Variola
Vaccinia
Varicella
} Eruptions-Fieberkrankheiten } vesikulös, pustulös.

Dermatitis medicamentosa
Dermatitis venenata
Dermatitis calorica
Dermatitis traumatica
Dermatitis neuropathica
} durch Medikamente, Gifte, Hitze, Wunden etc. } multiform, oberflächlich oder tief liegend.

Gangrän
Furunkel
Karbunkel
Equinia
Anthrax (Pustula maligna
} multiform, suppurativ, nekrotisch, tief sitzend.

Tinea trychophytina, (circinata, tonsurans, Sykosis)
Tinea favosa
Tinea versicolor, imbricata, Erythrasma
} Phytoparasitär } erythematös, squamös, multiform.

Aktinomykosis, Mycetoma
} Phytoparasitär } nodos, multiform, oberflächlich oder tiefliegend.

Pediculosis
Scabies
Dracunculosis
} Zooparasitär } multiform, oberflächlich oder tiefliegend.

Onychia — die Nägel affizierend.

4. Klasse. Hämorrhagien. (Hämorrhagischer, diffuser oder umschriebener, oberflächlicher oder tiefliegender Prozefs.)

Purpura — Corium, Bindegewebe ergreifend.

5. Klasse. Hypertrophien. (Hypertrophischer, formativer, diffuser oder umschriebener, oberflächlicher oder tiefgreifender Prozefs.)

Befallenes Gewebe.

Lentigo
Chloasma
Naevus pigmentosus
} Pigment.

Callositas
Clavus
Ichthyosis
Verruca
Molluscum epitheliale
Cornu
} Epidermis.

Comedo	Follikel, Talgdrüsen.
Milium	
Cystis sebacea	
Keratosis pilaris	
Keratosis follicularis	
Hypertrichosis	Haar
Naevus pilosus	
Onychauxis	— Nägel.
Elephantiasis	— Corium, Bindegewebe.

6. Klasse. Atrophien. (Atrophischer, regressiver, diffuser oder umschriebener, oberflächlicher oder tiefgreifender Prozeſs.)

	Befallenes Gewebe.
Albinismus	Pigment.
Vitiligo	
Atrophia cutis propria	Corium.
Xeroderma pigmentosum	
Striae et maculae atrophicae	
Morphoea	
Scleroderma	
Atrophia pilorum propria	Haare.
Trichorrhexis	
Alopecia	
Canities	
Onychatrophia, Leukonychia	— Nägel.

7. Klasse. Neoplasmata-Neubildungen. (Neoplastischer, benigner oder maligner, diffuser oder umschriebener, hauptsächlich tiefgreifender Prozeſs.)

	Befallenes Gewebe.	
Fibroma	Corium, Bindegewebe	Benigne.
Neuroma		
Cicatrix		
Keloid		
Xanthoma		
Myoma	— Muskeln	
Angioma, Naevus vasculosus, Telangiectasis	Blutgefäſse	
Lymphangioma	— Lymphgefäſse	
Adenoma	— Drüsen	
Tuberculosis, Scrophulosis, Lupus vulgaris	Corium, Bindegewebe	Maligne.
Lupus erythematosus		
Rhinoskleroma		
Syphilis		
Framboesia (Yaws), Verruga Peruana		
Lepra		
Carcinoma, Dermatitis papillaris maligna (Paget's disease)		
Sarcoma		
Granuloma fungoides		

8. Klasse. Anomalien der Drüsensekretion. (Die Drüsen sind funktionell befallen.)

A. Der Schweifsdrüsen.

Hyperidrosis Bromidrosis Chromidrosis Haematidrosis Uridrosis Anidrosis	Gestörte Sekretion ohne Gewebsveränderung.
Sudamen Hidrocystoma Miliaria	Gestörte Sekretion mit Gewebsveränderung.

B. Der Talgdrüsen.

Seborrhoea — Vermehrte oder veränderte Sekretion.

9. Klasse. Neurosen. (Sensorische, funktionelle ohne primäre Läsionen.)

Hauptsächliche Symtome:

Hyperaesthesia Dermatalgia	Verstärkte oder schmerzhafte Sensation.

Puritus — Jucken.

Anaesthesia — Herabgesetzte Empfindung.

Verfasser begründet seine Einteilung im folgenden sehr eingehend, indem er jede Klasse einer Erörterung unterzieht.

II. **Vesiculitis seminalis und Prostatitis (postblennorrhoica).** Studium von drei Fällen. Von G. K. Swinburne-New York. Der Verfasser betont einleitend die wichtige Rolle, welche Prostata und Samenbläschen bei der chronischen Urethritis spielen, und hält es an der Zeit, dafs die Ärzte sich mit den Methoden der Untersuchung dieser Organe vertraut machen, um Erkrankungen der letzteren diagnostizieren und heilen zu können. In 35% der Fälle von chronischer Blennorrhoe seien Prostata und Samenbläschen mit befallen. Der Verfasser teilt sodann sehr ausführlich die Krankengeschichten dreier Fälle eigener Beobachtung mit. Aus dem Studium derselben zieht er folgende Schlüsse: 1. Wir finden einen Zustand der Prostata und der Samenbläschen bei Patienten, die niemals an Blennorrhoe gelitten haben, welcher katarrhalischer Natur zu sein scheint und mit Symptomen oder auch ohne solche verlaufen kann. Wenn Symptome vorhanden sind, pflegen sie neurasthenischen Charakters zu sein; sie werden durch lokale Massage gebessert. 2. Bei der chronischen Urethritis und am Ende einer prolongierten Urethritis, oder wo die Pars posterior urethrae befallen ist, sollten die Samenbläschen und Prostata immer untersucht werden. 3. Wo Epididymitis aufgetreten ist, neigt auch eine Vesiculitis seminalis gern sich einzustellen. Diese kann jedoch ganz spontan verschwinden. 4. Tuberkulöse Prozesse sind möglichst von der Massage auszuschliefsen. 5. Wo lebende Spermatozoen durch Streichen der Samenbläschen gefunden werden, ist es ein gutes Zeichen, dafs die Schleimhaut der Samenbläschen die geeignete Flüssigkeit zur Erhaltung des Lebens der Spermatozoen absondert. 6. Streichen der Samenbläschen ist eine gute Methode, den Samen auf Sterilität zu prüfen, zuweilen läfst sie jedoch im Stiche. 7. Es ist notwendig, den Finger für solche Untersuchungen einzuüben. 8. Bisweilen wird man im Beginn der Behandlung gar keine oder wenig Materie auspressen. Wenn die Behandlung fortgesetzt wird, gelingt es mehr und mehr Materie auszupressen. (Ob dies nicht als ein Zeichen stärkerer Entzündung der Samenbläschen und der Prostata infolge der reizenden Manipulationen mit dem Finger im Rectum anzusehen ist? Ref.)

III. **Über diffuses Scleroderma mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und der Behandlung mit Thyreoidextrakt**, von W. Osler. (Schluſs.) Der Verfasser bespricht im folgenden kurz diejenigen Fälle von Scleroderma, welche wegen ihrer durch die Krankheit bedingten starken Pigmentierung der Haut lebhaft an Addisons Krankheit erinnern. Hierfür wird ein sehr prägnanter Fall bei einem 39jährigen Patienten beschrieben, der an diffuser Sklerodermie mit intensiver und allgemeiner Pigmentation mit leukodermischen Stellen und Schwellung der Inguinaldrüsen litt. Der Patient befand sich in einem weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit. Die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt war ohne jede Heilwirkung. Auch bei den übrigen mit diesem Mittel behandelten Fällen war ein nennenswerter Erfolg nicht zu verzeichnen. Von anderen therapeutischen Maſsnahmen kommen an erster Stelle warme Bäder und Einreibung von Salicylsalben in Betracht.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Die Krankheiten der Harnwege; klinische Vorlesungen aus dem Hospital Necker, von Guyon-Paris. (Deutsche Ausgabe von Kraus-Carlsbad und Zuckerkandl-Wien.) (Alfred Hölder-Wien. 1897.) Das in der französischen Ausgabe schon länger bekannte und gewürdigte bedeutende Werk des Altmeisters der Urologie in Frankreich, Felix Guyons liegt nun auch in deutscher Bearbeitung vor uns und ist somit einem noch gröſseren Leserkreis zugänglich geworden. Das Werk ist in der Form von klinischen Vorträgen gehalten und enthält für die urologische Physiologie und Chemie, Histologie und Histopathologie, Bakteriologie, Klinik und Therapie alles Wissenswerte. Alle an der Guyonschen Abteilung des Hospital Necker angewandten Methoden in der Diagnostik, Prognostik und Behandlungsweise sind in dem Buche zu finden, das einen unerreichbaren Schatz von Erfahrungen repräsentiert. Bis jetzt sind zwei Bände erschienen, deren erster die funktionellen Symptome und die pathologischen Veränderungen des Harns enthält, während der zweite die Harnvergiftungen, die physikalische Untersuchung und die lokale Behandlung umfaſst. Bezüglich Einzelheiten verweise ich auf das Buch selbst, das äuſserst flieſsend geschrieben und interessant zu lesen ist. Ich möchte nur in groſsen Zügen den Gang der Betrachtungen durch die Bezeichnung der einzelnen Kapitel erläutern. „Zweck und Bedeutung der Semiologie“ bilden den Anfang. Das Vorgehen bei der Untersuchung muſs methodisch geschehen und zwar die innere Untersuchung des Kranken stets der chirurgischen vorhergehen. Auf die Anamnese ist groſse Bedeutung zu legen, ebenso auf die funktionellen Symptome. Die Störungen der Harnentleerung bestehen in häufigem Urinieren, Harndrang, erschwertem, seltenen Urinieren, Veränderungen des Strahls und Schmerzen. Eine Reihe von Vorlesungen sind der Harnverhaltung gewidmet, das erste Kapitel ihrer pathologischen Anatomie und Physiologie, ein zweites ihren klinischen Erscheinungen, ein drittes ihrer Einteilung. Die Retention kann erfolgen entweder als Ausdruck von Entzündungen, Kongestionen, Spasmen und nervösen Momenten, oder infolge von Harnröhrenverengerungen, Prostataleiden, Traumen oder anderer mechanischer Ursachen. Sie kann komplet sein oder inkomplet mit oder ohne Blasendistension. Den Schluſs des ersten Teils des ersten Bandes nimmt die Betrachtung der Incontinentia urinae ein. Die Analyse der pathologischen Harne

umfaſst die histologische, bakteriologische, physiologische, chemisch-physikalische und makroskopisch-klinische Urinuntersuchung. Die histologische weist Epithel- und eitrige Sedimente nach, Blut, Reste von organisierten Geweben, Cylinder und salinische Bodensätze. — Bei der bakteriologischen Untersuchung kommt es auf die aseptische Entnahme des Urins an. Technik dazu wird angeführt, ebenso die Kulturverfahren. Besprechung der Sekrete der gesunden Harnröhre und der pathologischen Sekrete (Urethritis blennorrhoica, non blennorrhoica, Mischformen. — Die physiologische Untersuchung des Harns stellt seine toxischen und septischen Wirkungen fest, die verschiedenen Grade der Toxicität; auch die Körperveränderungen infolge Aufnahme solcher Harne werden hierbei erörtert. In den Vorlesungen über die klinische Untersuchung des Urins treffen wir die Kapitelüberschriften Hämaturie, Pyurie, Pneumaturie und die Abweichungen von der normalen Menge (Oligurie, Anurie, Polyurie.)

Der zweite Band der Guyonschen Vorlesungen umfaſst das groſse Gebiet der Harnvergiftung und die physikalischen Untersuchungsmethoden. — Bei der Harnvergiftung muſs man Intoxikation und Infektion unterscheiden; letztere spielt die Hauptrolle bei chirurgischen Affektionen der Harnorgane. Beide wurden früher zusammengeworfen. Erstere entsteht durch Aufnahme von normalem oder pathologischem Harn in dem Kreislauf, letztere ist mikrobischen Ursprunges. Dem Harnfieber und seinen Entstehungsursachen sind verschiedene Vorlesungen gewidmet, in denen die begleitenden klinischen Erscheinungen differenziert besprochen werden. Spontanes Fieber (nach Harnröhren-, Blasen-, Nebenhodenentzündungen u. a.) und durch lokale Eingriffe hervorgerufenes Fieber sind zu unterscheiden. Ein Abschnitt vergleicht die Fieberkurven des Harnfiebers und der Nephritiden. Die Behandlung des Harnfiebers muſs sein eine chirurgisch präventive (Behandlung und Handgriffe vor und nach den Operationen, sowie Art und Weise dieser selbst), eine interne präventive (Behandlung des Verdauungstrakts, der Haut, des Urins, des Nervensystems), sowie eine intern und chirurgisch präventive. Den Verdauungsstörungen und ihren Symptomen wird in einer besonderen Vorlesung spezielle Beachtung zu Teil. Den Schluſs machen die Kapitel über die Untersuchungsmethoden, die mit Betrachtungen über Physiologie Anatomie und Pathologie der Harnröhre und Blase durchflochten sind. — — Als einziger Nachteil, der aber zum Teil durch den Titel „Vorlesungen“ erklärt wird, haftet dem Buche die mangelnde Systematik an, was die Übersichtlichkeit etwas erschwert. *Eugen Hopf-Dresden.*

Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Dr. R. Ledermann. (Berlin, 1898. Oscar Coblentz.) Die Zahl der Kompendien der Dermatologie beginnt erheblich groſs zu werden. Schon wieder sind wir mit dem vorliegenden Buche um ein neues Vademecum bereichert worden. Dasselbe ist für praktische Ärzte geschrieben und wir finden hier in der That besonders in dem allgemeinen Teil eine äuſserst klare Darstellung der für den praktischen Arzt wichtigen modernen Dermatotherapie. Die am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten werden eingehend und durchaus leicht verständlich erörtert. Das Büchlein schlieſst mit der Behandlung der Geschlechtskrankheiten, welche, allerdings in gedrängtester Kürze, aber doch genau und präcis geschildert werden. Wir glauben, das Werkchen als eine Einleitung in das Studium unserer therapeutischen Wissenschaft wohl empfehlen zu können. *Leistikow-Hamburg.*

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben von E. von Leyden. I. Band, 1. Abtlg. (Leipzig, 1897. Georg Thieme.) Wenn man die ungeheure Menge neuer Heilmittel betrachtet, welche alltäglich auf den medizinischen Markt geworfen werden, teils aus chemischen, teils aus bakteriologischen Laboratorien

stammend, nur selten auf empirischem Wege gewonnen, so sollte man denken, dafs die Pharmakotherapie in der Heilkunde sich jetzt der allergröfsten Beliebtheit erfreut. Und doch ist dem nicht so. Die Rolle des Rezeptes ist eine unendlich viel bescheidenere geworden, es hat zurückweichen müssen gegenüber dem Diätzettel. Jeder wissenschaftliche und jeder vernünftige Arzt wird darin einen ungeheuren Fortschritt der Medizin begrüfsen, natürlich ohne etwa in das Extrem einer gewissen Sorte von Heilbeflissenen zu verfallen, die ganze Pharmakotherapie zu verwerfen und so das Kind mit dem Bade auszuschütten. Nur keine Einseitigkeit! Nicht „hie Pharmakotherapie, hie Diätotherapie", sondern beides in innigster Harmonie nebeneinander. Mit beiden Waffen mufs man gegen die bösen Flüchtlinge der Pandorabüchse vorgehen, je nach Bedarf bald die eine bald die andere schwingend; auch mit beiden sind unsere Erfolge noch bescheiden genug. Unsere sonst nicht kleine Litteratur hat nun aber bisher für die Pharmacotherapie eine ebenso grofse Vorliebe gehabt, wie sie die Diätotherapie vernachlässigte. Die Litteratur folgte hierin nur dem bösen Beispiele der Universitäten, die ihre Schüler leider nur gar wenig in der Diätetik ausbilden, sodafs der Arzt nachher Jahre braucht, um zuweilen auf Kosten seiner Klientel durch Erfahrung sich das anzueignen, was er an der Lehrstätte hätte lernen müssen. Daher wird es jedem einleuchten, dafs Referent das Erscheinen des vorliegenden Handbuches auf das freudigste begrüfst. Es entspricht — wie selten kann man das heute von einem medizinischen Buche sagen! — einem wirklichen Bedürfnisse. Die Ernährungstherapie vom klinischen Standpunkte zu entwickeln, die Indikationen und Methoden derselben auf der Basis wissenschaftlicher Forschung und klinischer Erfahrung festzustellen, stellt es sich zur Aufgabe. Hervorragende Männer haben sich unter Leydens Führung zusammengethan, diese Aufgabe zu lösen. Die vorliegende erste Abteilung bringt zunächst die Geschichte der Diätotherapie von Petersen, interessant und anregend geschrieben. In die Tiefen der Wissenschaft steigt Rubner in der Bearbeitung der Physiologie der Nahrung und Ernährung. Dieser Abschnitt ist ebenso erschöpfend wie gründlich; in trefflicher Weise werden die Ergebnisse theoretischer Forschungen mit den Erfahrungen des praktischen Lebens in Einklang zu bringen gesucht. In der allgemeinen Pathologie der Ernährung handelt F. Müller die bei den verschiedenen Krankheitsgruppen in Frage kommenden Anomalien des Stoffumsatzes eingehend ab. Hier fällt schon für den Praktiker vieles Nützliche ab. Ganz für diesen ist dann der erste Teil der allgemeinen Therapie der Ernährung geschrieben: „die Indikationen der Ernährung" von Leyden. Von rein klinischen Gesichtspunkten bespricht Verfasser auf Grund seiner grofsen Erfahrung und Gewandtheit in diätetischen Kuren eine grofse Anzahl von Ernährungsfragen, die so gestellt worden, wie sie das Alltagsleben am Krankenbette uns vorlegt. Dem erfahrenen Arzte wird das meiste nicht neu sein, dem unerfahrenen aber wird dieser Abschnitt eine Fundgrube weiser Lehren für sein diätetisches Denken und Handeln werden. Vielleicht hätten die Erörterungen unter dem Titel „Krankenkost" etwas ausführlicher sein können. Es folgt eine kritische Betrachtung der Nährpräparate von G. Klemperer; die Kritik ist hier das wertvollste, da gerade auf diesem Gebiete leider mit Unterstützung kurzsichtiger und schlecht rechnender Ärzte, die oft, das naheliegende Schöne vergessend, in die Ferne schweifen, viel Unfug getrieben wird. Eine ausführlichere Darstellung der Milchpräparate wäre wohl am Platze gewesen, jedoch wird man dieselbe wohl im speziellen Teil bei den Verdauungskrankheiten der Kinder noch in dem Werke finden. Die medikamentösen Unterstützungsmittel der Ernährung sind von Liebreich in einem nicht zu knappen Rahmen dargestellt. Den Schlufs bildet „Bäder, klimatische Kuren, Bewegungskuren" von Senator, in sehr

zweckentsprechender Weise abgefafst. — Hoffen wir, dafs die weiteren Abteilungen dieses grofs angelegten Werkes die Erwartungen, welche alle Praktiker an dasselbe knüpfen, erfüllen. Geschieht das, dann wird dasselbe als Wegweiser in der hochwichtigen Diätotherapie von unschätzbarem Werte sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

Syphilis.

Syphilis der Prostata, von ROCHON. (*Annales d. mal. d. org. gén.-urin.* 1897. No. 6.) Der Verfasser kennt aus der Litteratur nur einen Pall von RELIQUET, der für die Pathologie der Syphilis der Prostata in Betracht käme. Einen weiteren Fall von Syphilis der Prostata schildert er selbst. Die hauptsächlichen Daten sind folgende: 50jähriger Mann. Hat wahrscheinlich vor 10 Jahren eine Syphilis erworben, die nicht behandelt wurde. Vor 4 Jahren ist wahrscheinlich ein Gumma am Schenkel entstanden, welches 4 Monate lang für einen einfachen Abscefs gehalten und in dieser Zeit erfolglos behandelt wurde. Erst auf Jodkalium heilte die Affektion prompt. Jetzt liegt ein Abscefs der Prostata vor, der viele Beschwerden verursacht, aufserdem besteht ein tiefliegender Abscefs der Gesäfsgegend. Der Verfasser hält letzteren für ein periprostatisches Leiden, behandelt äufserlich mit Einreibungen von Unguentum Hydrargyri, giebt Jodkalium (4 g pro die) und sieht dabei die beiden Affektionen völlig zurückgehen. Nach der Anamnese und ex juvantibus sei die Diagnose gesichert. In ätiologisch dunklen Fällen von Prostataleiden denke man stets an Syphilis und handle demgemäfs. *Neuhaus-München.*

Syphilis der Wirbelsäule, von STAUB. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 47.) Verfasser veröffentlicht einen Fall, der Jahre lang als tuberkulöser Prozefs aufgefafst wurde. Bei dem 45jährigen Patienten traten im Jahre 1879 plötzlich neuralgische Schmerzen an einer ganz bestimmten Stelle in der Kreuzgegend auf, ausstrahlend gegen den Rücken und Beine. In der motorischen Sphäre zeigten sich leichte paraplegische Erscheinungen, die Blasenfunktion war stets intakt, das Allgemeinbefinden nicht gut. Es bildete sich allmählich eine geringe Krümmung der Wirbelsäule aus, und zwar ein kleiner Buckel in der Höhe des zehnten Brustwirbels und eine Lordose der beiden letzten Brustwirbel mit geringer Skoliose. Im Jahre 1880 entwickelte sich im Gesichte ein tuberkulo-pustulöses Exanthem, welches lange als lupös imponierte und mit Auskratzungen behandelt wurde, häufig abheilte, bald zeigten sich aber wieder neue oberflächliche Infiltrate. Im Jahre 1893 kam es zur Bildung beträchtlicher Lymphomata colli, die durch Operation beseitigt wurden, die Wunde heilte bis auf eine zurückbleibende Fistel; später entwickelten sich wieder Symptome. Die Diagnose: gummöses Lymphom, tuberkulo-gummöses Syphilid der Gesichtshaut, wurde durch den Erfolg der Therapie (Hg.-Injektionen und Jodkalium) bestätigt. Die Lymphome und die Knoten involvierten sich rasch, die seit einem Jahre bestehende Fistel schlofs sich. Besonders günstig wurden die neuralgischen Symptome beeinflufst. Die Schmerzhaftigkeit liefs nach, das Allgemeinbefinden besserte sich bedeutend, blofs die Veränderungen an der Wirbelsäule blieben stationär. *A. Aschner-Budapest.*

Ein Fall von tertiärer Sklerose, von G. Deycke. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. I, Heft 3.) Pathologische Produkte, die den Primäraffekten ähneln, sind in der Sekundärperiode nicht selten; man nennt sie Pseudochancre induré oder Tarnowskysche Schanker. Seltener sind solche Neubildungen in der Tertiärperiode. Mauriac beschreibt sie als „Syphilome balanopréputial." Einen derartigen Fall teilt Verfasser mit. Ein vor drei Jahren infizierter Kommis zeigte ulceröse Prozesse an der Nase, die anfangs als lupöse angesehen wurden, sich aber doch als luetische erwiesen. Während der eingeleiteten Jodbehandlung entstand am inneren Präputialblatte ein 2 cm langes, 1 cm breites, scharf begrenztes, tumorartig in das Gewebe eingelagertes, derb elastisch induriertes, die Umgebung überragendes Gebilde von livider Färbung, nur an der Kuppe oberflächlich excoriiert. Es glich vollkommen einem Primäraffekt; nur fehlte die Schwellung der Lymphdrüsen in den Inguinaldrüsen. Die spezifische Therapie heilte prompt die Affektion an der Nase, diese tertiäre Sklerose aber reagierte wenig; sie excoriierte noch mehr und es bildeten sich siebförmige Einsenkungen. Schliefslich wurde sie exstirpiert. — Die histologische Untersuchung ergab beträchtliche Differenzen gegenüber dem Primäraffekt. Am meisten fallen zahlreiche, miliare Gummata in der Cutis auf, die nur durch ihre Lage zum Gefäfssystem sich von Tuberkeln unterscheiden, sich in allen Stadien regressiver Metamorphose befinden. Aufserdem sieht man vielfach besonders in der Umgebung der Gefäfse diffuse Zellanhäufungen, Plasmome. Kollagenes Gewebe sehr entwickelt; elastisches Gewebe durch die Zellanhäufungen aufgelöst; sehr viele Mastzellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sind die tertiären Produkte der Syphilis infectiös oder nicht und was hat man unter maligner und galoppierender Syphilis zu verstehen? von M. v. Zeissl. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 27.) In einer früheren Arbeit hat Verfasser gezeigt, dafs für die Übertragbarkeit der Syphilide nicht ihre Form, sondern das Alter der Syphilis von Bedeutung ist. Mit dem Alter nimmt die Kontagiosität ab. Verfasser konstatiert, dafs die meisten Autoren jetzt auf seinem Standpunkte stehen. — Die vielfach aufgestellte Hypothese, dafs für die verschiedenen Folgen des Syphilisvirus eine durch dieses selbst bewirkte Umstimmung des Organismus angenommen werden mufs, ist wohl entbehrlich. Die Hauptdifferenzen zwischen dem Primäraffekt, den Produkten des papulösen und gummösen Stadiums sind klinischer Natur. Der Primäraffekt und die gummösen Neubildungen haben eine gröfsere Neigung zur fettigen Degeneration oder zu eitrigem Zerfall als die papulösen Syphilide. Andererseits haben die letzteren als Recidive mit den Spätsyphiliden die regionäre Lokalisation gemeinsam. Es besteht zwischen den verschiedenen Formen ein inniger Zusammenhang; durch quantitative Unterschiede in den hypothetischen Mikroorganismen lassen sich die Unterschiede erklären ohne eine Umstimmung des Organismus. — Die Malignität der Syphilis maligna kennzeichnet sich durch Beeinträchtigung des Gesamtorganismus oder tiefe, schwer heilende Zerstörungen. Es kann dieselbe in allen Stadien sich geltend machen. Diese maligne Sypilis ergreift vorzugsweise schwächliche, heruntergekommene Individua; auch unvernünftige Quecksilberbehandlung kann die Disposition zur malignen Syphilis geben. — Galoppierende Syphilis bezeichnet das frühzeitige Auftreten gummöser Produkte; sie braucht nicht malign zu sein. Es können aber auch galoppierende und maligne Syphilis kombiniert sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Theorie der kongenital-syphilitischen Frühaffekte, von Karl Hochsinger. (*Wiener med. Wochenschr.* 1897. No. 25.) Die „kongenitale Frühsyphilis" in der Fötal- und ersten Säuglingsperiode zeichnet sich aus durch Tendenz zu diffusen,

nicht knotenförmigen Infiltrationen und Zellwucherungen. Das zeigt besonders die Visceralsyphilis: diffuse Hepatitis; diffuse entzündliche Infiltration des Lungengerüstes, bis zur Pneumonia alba steigend; interstitielle, diffuse Granulationen in Niere und Pancreas. Grofsknotige, makroskopisch erkennbare Syphilome sind sehr selten; Verfasser fand sie bei 12 Obduktionen niemals, Kassowitz unter 30 Obduktionen einmal, und zwar in der Leber. Die beobachteten Syphilome sind auch nur in diffus erkrankten Organen gefunden. Analog ist auch die Haut diffus flächenhaft erkrankt, nicht umschrieben und knotenförmig, wie bei der acquirierten Syphilis und der hereditären Spätsyphilis. Ein Beispiel ist die diffuse Plantar- und Palmarsyphilis. Stets ist hier der Gefäfsbaum, die Arterioli und die postkapillaren Venen primär erkrankt, ebenso wie die Schweifsdrüsen. Das Kollagen, das ganze Stratum reticulare cutis ist anfangs fast gar nicht beteiligt. Bei Färbung mit polychromem Methylenblau und Orcein werden die zelligen Elemente blau bis blauviolett, nur die Mastzellen rot, die Kollagenbündel hellrosa. Man erkennt deutlich, dafs die Zellmassen sich gruppieren um Blutgefäfse und Schweifsdrüsen. Gröfsere Gefäfse sind aber niemals betroffen. Diese Veränderungen erstrecken sich über weite Hautstrecken. Es scheint der durch Vererbung übergegangene Infektionsstoff die Hautgefäfse in anderer Weise zu alterieren, als der durch Kontakt übertragene. Auch die diffuse Erkrankung der internen Organe ist ja bei kongenitaler Syphilis gebunden an das Blutgefäfssystem. Eigentümlich ist es dabei, dafs die diffusen Entzündungen sich fast ausschliefslich in drüsigen Organen abspielen: Leber, Lunge, Niere, Pancreas. Verfasser schliefst aus diesen Thatsachen, dafs der vererbte luetische Infektionsprozefs sich an den wachsenden Drüsenparenchymen des Fötus am frühesten äufsert, vor allem am Leberparenchym. Die Darmdrüsen des Fötus sind zuerst entwickelt und zuerst affiziert; zu ihnen zählt auch die Lunge. Ihre reiche Vaskularisation ist der Ansiedelung des Virus günstig. — Die Epiphysenveränderungen passen sich der Theorie insofern an, als an den Epiphysen, an denen sich das ganze appositionelle Wachstum der Röhrenknoten abspielt, eine sehr intensive Saftströmung und Blutgefäfsentwickelung statt hat. Da das Längenwachstum erst in der zweiten Hälfte der intrauterinen Entwickelung beginnt, tritt auch hier die luetische Veränderung später hervor als in den Darmdrüsen. — Die Hauterscheinungen bei der kongenitalen Syphilis bilden sich später als die visceralen, die ja Früherscheinungen sind, den ersten des luetischen Irritaments bilden. Es erkrankt die Haut bei fötaler Syphilis später, weil der Drüsenapparat der Haut erst sehr spät sich entwickelt, nachdem die Darmdrüsen lange ausgebildet sind. Dann erst, meist im extrauterinen Leben, ist die Vaskularisation eine lebhaftere und darum treten dann erst die hereditär-luetischen Symptome hervor, und zwar besonders an dem Wundernetz Schweifsdrüsen. — Die diffuse Gestaltung der kongenital-luetischen Symptome erklärt sich aus der Attraktion des ganzen Drüsenkörpers für das Syphilisvirus. Die Knochen erkranken nicht diffus, sondern umschrieben an den Epiphysen, weil hier nur der formative Reiz und dementsprechend der Blutzufluſs ein lebhafter ist. — Die häufige und frühe Plantar- und Palmaraffektion ist verständlich, weil in Palma und Planta die Drüsen schon sehr früh, im 5. Fötalmonate, sich ausbilden, viel dichter gedrängt sind, dementsprechend auch hier die Blutfülle eine stärkere ist. — Ist das luetische Virus sehr aktiv, sehr virulent, dann sind die Erscheinungen am Fötus auch sehr heftige, so dafs sie schon in utero absterben und die hochgradigsten Veränderungen zeigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung der Lues congenita Neugeborener mit Injektionen von Hg-Salicyl, von N. Korolew. (*Botkinsche Hosp.-Ztg.* 1897. No. 20.) Es wurden im ganzen bei 56 Kindern 309 Injektionen gemacht. Das Alter schwankte zwischen 1 Woche und 1 Jahr. Zur Anwendung kam eine Lösung von 1,0 Hg-Salicyl : 20,0

Vaselin liquid.. 1—4 Teilstriche 1 mal wöchentlich intramuskulär. Der therapeutische Effekt war zufriedenstellend: meist nach der ersten, immer nach zweiten Injektion schwand der Ausschlag. Recidive wurden seltener als bei den übrigen Behandlungsmethoden beobachtet (3 mal). Im Durchschnitt wurden 8% Injektionen gemacht.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Fälle von Keratitis luetica hereditaria zeigt Burchardt in der Gesellschaft der Charité-Ärzte, Sitzung den 11. Februar 1897, unter besonderem Hinweise auf die Beschaffenheit ihrer Zähne. Bei dem einen Kranken mit sehr schwerer Keratitis und Ablagerungen auf der Descemetschen Membran sind die oberen Schneidezähne klein, perlähnlich, haben eine schmale, nicht eingekerbte Kante. Ein anderer Kranker zeigt fast gar keine Veränderung an den Zähnen bis auf eine schmälere Scheidekante. Eine dritte Patientin weist grofse Einkerbung der mittleren, oberen Schneidezähne auf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Syphilis hereditaria, kombiniert mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen Pemphigus gangraenosus, von C. Manchot. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Band I, Heft 3.) Ein 4 Monate altes Kind einer syphilitischen Mutter zeigte floride hereditäre Syphilis: Lymphadenitis an Inguinal-, Axillar-, Cervikaldrüsen, Papeln am Scrotum, an Stirn, an Wangen, an den Lippen, in den Mundwinkeln, am Hamulus pterygoideus, Coryza, Pemphigusblasen am behaarten Kopf, Hals, Rumpf, in der Fufssohle, Geschwüre. — In dem Krankenhaus trat plötzlich eine tiefgehende Nekrotisierung der Haut unter neuer Eruption von Pemphigusblasen am Sitze derselben ein, begleitet von stürmischen entzündlichen Erscheinungen. In den Blasen fand sich nur der Staphylococcus pyogenes aureus, durch dessen Reinkultur man die gleiche Blasenbildung mit Nekrose an gesunden Hautstellen erzielte. Es handelt sich also um einen infektiösen, gangränescierenden Pemphigus als Komplikation einer hereditären Syphilis. Die Erscheinungen der letzteren gingen unter Sublimatbädern prompt zurück, während der Pemphigus fortbestand und zum Tode führte. Die Sektion ergab noch eine akute allgemeine Tuberkulose.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurasthenie auf syphilitischer Grundlage. Klinische Vorträge, von Fournier. (*Le Monde Médical.* 1897. No. 1.)

I. Vorlesung: Die luetische Neurasthenie zeigt sich am deutlichsten in der Sekundärperiode, besonders beim Weibe. Man findet Sensibilitätsstörungen, Gesichts- und Gehörsstörungen, Fiebererscheinungen, allgemeine Depression, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, Anämie, Dyspepsie, Abmagerung, hysterische Erscheinungen. Die Syphilis bringt, wie Ricord sagt, das ganze Nervensystem ins Schwanken und wirkt aufserdem sehr auf das Gemüt. — Die syphilitische Neurasthenie kann sowohl im Anfang, wie im Verlaufe und selbst gegen Ende der Sekundärperiode auftreten. Sie kann selbständig oder mit anderen Syphiliserscheinungen kombiniert sein. Sie kann nur angedeutet sein, sich auf Kopfschmerz beschränken, sie kann das vollständige Krankheitsbild bieten. Der neurasthenische Kopfschmerz quält mehr durch die Dauer, als durch die Intensität. Exacerbationen und Remissionen kommen vor. Er kann viele Jahre fortdauern; 3—5 Jahre sind das Mittel. Es ist mehr ein dumpfes Gefühl der Beklemmung als ein eigentlicher Schmerz. Besonders am Frühmorgen tritt dasselbe hervor, ist am Tage stärker. Gewöhnlich arbeitsfähig, werden die Kranken zeitweilig sehr heftig affiziert. — Zur Differentialdiagnose dienen: Erstens der Charakter des Schmerzes, die Schwere, während der Kopfschmerz durch Gehirnsyphilis ein wirklicher, heftiger Schmerz ist. Zweitens das stärkere Auftreten am Tage. Drittens der schnelle therapeutische Erfolg der anti-

luetischen Therapie. Viertens die jahrelange Dauer. — Die zweite Form bietet alle Erscheinungen der Neurasthenie in physischer und psychischer Hinsicht in wechselndem Bilde. Charakteristisch ist die Erregung und die Asthenie. — Die geistigen Berufe geben das Hauptkontingent zur luetischen Neurasthenie.

II. Vorlesung: Irrtümer machen sich in zwei Richtungen geltend, je nachdem neurasthenische Symptome des Gehirns oder des Rückenmarks vorherrschen. Seitens des Rückenmarks finden wir die Symptome der Pseudotabes, die aber von der Tabes sich unterscheidet durch das Verhalten der Kniereflexe und der Pupille, die Intaktheit der Blase, den „Luxus an Symptomen", die Symptomenflucht, die Zeichen eines generalisierten Leidens des Nervensystems. Die Gehirn-Neurasthenie täuscht vor Hirnsyphilis, allgemeine Paralyse. Sie ist zu erkennen an der Abwesenheit der Symptome einer schweren Hirnläsion, bei Vorhandensein vieler Symptome, die dieser fern sind, und vieler Symptome, die nur anscheinend und wenn übertrieben organische Hirnläsionen vortäuschen. Die Kranken sind Hypochonder im Gegensatz zu den Paralytikern, sie sind aber vernünftigen Zureden zugänglich. — Es giebt natürlich auch Varietäten, indem entweder die Symptome mehr verwischt sind, oder ein Symptom besonders vorherrscht. Letzteres ist seltener. — Die Prognose ist nicht besser, als die bei anderen Arten von Neurasthenie. Sie heilt nach Monaten, Jahren, eine Erschütterung des Nervensystems zurücklassend, so daſs das Leiden bei dem geringsten Anlaſs wieder aufflackert. Die Neurasthenie des Anfangsstadiums schwindet schneller. — Die Therapie ist nicht erschöpft mit der antiluetischen Behandlung, da es sich um parasyphilitische Erscheinungen handelt. — Hydrotherapie etc müssen herangezogen werden. Vor allem muſs man auf eine Hebung des Depressionsgefühles bedacht sein. — Für den ursächlichen Zusammenhang mit der Syphilis spricht: 1. Die Häufigkeit der Neurasthenie bei Syphilitikern. 2. Das Auftreten während einer heftigen syphilitischen Krankheitsperiode. 3. Das Fehlen jedes anderen ätiologischen Moments. 4. Die Betrachtung, daſs die Syphilis als Infektionskrankheit, als Erregerin von Anämie, als das Gemüt beeinflussendes und das Nervensystem erschütterndes Leiden neurasthenische Symptome doch leicht hervorzurufen vermag. — Unter 3429 Fällen tertiärer Syphilis war das Nervensystem 1085, die Haut nur 787 Mal beteiligt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis der Persistenz der histo-pathologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis, von J. V. Hjelmman. (*Nord. med. Arkiv.* 1897. No. 2.) Verfasser unterwirft die ungefähr ein Decennium alten Neumannschen Studien einer erneuten Untersuchung, indem er mittelst zahlreicher Excisionen von Haut, die zu verschiedenen Zeiten der Sitz einer syphilitischen Effloreszenz war, namentlich zu entscheiden sucht, wie lange nach Verschwinden der Effloreszenz sich noch mit dem Mikroskope pathologisch-anatomische Veränderungen nachweisen lassen. — Nach fünf syphilitischen Schankern (bezw. 5, 6, 7, 11 und 20 Monate nach der Infektion) lieſsen sich noch bezw. 1, 1½, 1½, 7½ und 16 Monate nach dem vollständigen klinischen Verschwinden der Induration pathologisch-anatomische Veränderungen nachweisen. Ebenfalls nach syphilitischer Roseola 8 Tage bezw. 1 Monat nachdem sie klinisch verschwunden war. Auch bei zahlreichen Untersuchungen nach syphilitischen Papeln (auch Schleimpapeln) wurden pathologisch-anatomische Veränderungen durch Excision bis höchstens 2 Monate nach dem klinischen Verschwinden derselben (und 6—7 Monate nach der Infektion) nachgewiesen. Diese Verhältnisse, welche eine Erklärung der Lokalrecidive geben, zeigen die Unzulänglichkeit einer Behandlung, die mit dem Verschwinden der klinischen Symptome abgeschlossen wird, und die Notwendigkeit einer besonders kräftigen spezifischen Kur als erste Behandlung, und spricht auch zu Gunsten der chronischen intermittierenden Behandlung. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Diagnostik der syphilitischen Psychosen, von Postovsky. (*Rundschau f. Psychiatrie, Neurologie u. experiment. Psychologie.* 1897. No. 1 u. 2.) An der Hand von 3 klinisch beobachteten Fällen werden folgende Thesen aufgestellt: 1. Zu den klinischen Krankheitsformen, unter welchen die luetischen Psychosen auftreten können, gehören die Mania gravis und die primäre Demenz. 2. Als Merkmale der luetischen schweren Manie können dienen: a) das Auftreten wiederholter Anfälle von transitorischer, motorischer Aphasie in ihrem Anfangsstadium; b) der während der ersten zwei Monate der Krankheit remittierende und ihr progressiver Verlauf; c) Fiebererscheinungen; d) das Fehlen von zahlreichen Gesichts- und Gehörshallucinationen. 3. Als Hinweis auf die Spezifität der primären Demenz erscheinen: eine Bewufstseinsstörung in Form von Schläfrigkeit oder Schlafsucht, sowie der schwankende Verlauf der Krankheit mit schnellem Wechsel von schweren und leichten Erscheinungen. 4. Die luetische primäre Demenz kann sich äufsern durch die Gedächtnisschwäche lange vor Entwickelung von schweren Gehirnsymptomen. 5. Die Form kann Ähnlichkeit haben mit der schweren Form der progressiven Paralyse. 6. Die Hallucinationen der einzelnen Sinne ebenso wie die Hallucinationen aller Sinne bei dieser Form sind periodische Erscheinungen und hängen entweder von der Wirkung zufälliger Ursachen, wie z. B. Alkohol, ab, oder sie erscheinen als zufällige Anfälle von Reizung in Abhängigkeit von dem jeweiligen Gange der anatomischen Prozesse; für solche mufs man auch die periodisch auftretenden Symptome von tiefer Bewufstseinstrübung mit Delirien, Hallucinationen und Angsteffekt halten. 7. Die syphilitischen Psychosen sind organische Psychosen. 8. Die klinischen Erscheinungen sprechen dafür, dafs ihnen meningitische und meningo-cephalitische Läsionen zu grunde liegen. 9. Bei diesen Psychosen können die meningitischen Symptome das ausgesprochene klinische Bild der gummösen Basilarmeningitis erreichen. 10. Verschlimmerungen der psychischen Symptome fallen bei ihnen mit neuen Äufserungen der Lues auf der Körperoberfläche oder in der Schädelhöhle zusammen. 11. Bei den syphilitischen Psychosen und den gleichzeitigen nervösen Störungen desselben Ursprungs kann Steigerung beobachtet werden mit Schüttelfrösten und Schweifsen, sowohl im Beginne der Entwickelung der organischen Prozesse, als auch bei ihrer retrograden Entwicklung unter dem Einflufs der spezifischen Behandlung. 12. Alkoholmifsbrauch erscheint bei diesen Psychosen als prädisponierendes Moment. 13. Die pathogenetische Diagnostik der syphilitischen Psychosen gründet sich auf die Kombination folgender Daten: Vorhandensein der klinischen für diese Psychosen charakteristischen Symptome, bestimmte Entwickelung und Verlauf derselben, Vorhandensein gewisser Wechselbeziehungen zwischen ihnen und den Erscheinungen der Lues in der Schädelhöhle oder auf der Körperoberfläche, Wirksamkeitsgrade der spezifischen Behandlung unter den verschiedenen therapeutischen Mafsnahmen. 14. Da die syphilitischen psychischen Störungen in ihrem Verlaufe jenes Schema einhalten, nach welchem gewöhnlich die akuten und subakuten Psychosen verlaufen, wobei diese Störungen nicht eine zufällige Gruppe von Erscheinungen, wie dies bei den Herdläsionen des Hirns der Fall sein kann, sondern ein selbständiges Ganzes mit für diese Psychosen charakteristischen Zügen bilden, so müssen sie „syphilitische Psychosen" benannt werden und müssen in der Klassifikation der Geisteskrankheiten einen Platz haben.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Letal endende Polyneuritis bei einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen, von L. Brauer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Der 24jährige Patient bekam am Schlufs der wegen frischer Lues unternommenen ersten Schmierkur taubes Gefühl in den Händen, die krampfartig geballt waren, Zuckungen in den kleinen Handmuskeln und Flexoren der Unterarme. Dazu traten allmählig hinzu Sehstörungen,

Unsicherheit im Gange, Taubsein und Zuckungen in den Beinen, artikulatorische Sprachstörungen, Erschwerung des Schluckens, zuckende Bewegungen um Augen und Mund. Fieber und Schmerzen bestanden nicht. Nach acht Tagen kleine Besserung, dann aber erneute Verschlimmerung: Blasenschwäche, Fehlen aller Erektionen, Kreuzschmerzen. Eine wegen recidivierender sekundär-luetischer Erscheinungen wiederum vorgenommene Quecksilberbehandlung beseitigte diese, der Allgemeinzustand verschlimmerte sich aber. Bei der Aufnahme in der Klinik fand sich folgender Status: Schwäche des linken Facialis, schlaffe Parese der Beine und Arme mit mäfsiger Atrophie, ausgesprochen ataktische Bewegungen, Herabsetzung der Sensibilität, Fehlen der Sehnen- und Periostreflexe, grobe fibrilläre Zuckungen der paretischen Muskeln, Druckempfindlichkeit dieser wie der palpablen Hautnerven, partielle Entartungsreaktion, Schwäche der Sphincteren. — Nach einer Reihe von Wochen ging Patient an Zwerchfellslähmung und Unterlappen-Pneumonie zu Grunde. Die anatomische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose: Polyneuritis. Die Nerven zeigen besonders an den Markscheiden ausgesprochene Degeneration. — Ätiologisch in Frage kommen hier nur Syphilis und Quecksilberintoxikation. Ein spezifisch-luetisches, peripheres oder centrales Nervenleiden ist mit Sicherheit hier auszuschliefsen, das lehrte der anatomische Befund und das klinische Bild. Die luetische Neuritis ist niemals in so ausgedehnter Weise symmetrisch über den Körper verbreitet. Bei der multiplen syphilitischen Wurzelneuritis Kahlers findet man nicht diese Regelmäfsigkeit; auch fehlen hier nie die Neuralgien. Auch der Zeitpunkt der Erkrankung spricht dagegen. Schwerer ist zu entscheiden, ob nicht eine Wirkung der Syphilistoxine vorliegt, wie wir sie ja in Gestalt von Kopfschmerzen, Fieber, Hypalgesien, Steigerung der Reflexe, Parästhesien und flüchtigen Paraplegien kennen. Verfasser erinnert an die Landryschen Paralysen und citiert 5 Fälle, in welchen die Syphilis ätiologisch von Bedeutung war, sowie an die Polyneuritis syphilitica, wie sie von einigen Autoren beschrieben ist. Es kann deshalb in diesem Falle die Ursache auch in der toxischen Wirkung der Syphilis gesucht werden. Es fragt sich aber, ob nicht auch das Quecksilber hier von Bedeutung gewesen ist. Als Polyneuritis mercurialis sind sechs Fälle beschrieben, die aber alle nicht eindeutig sind. Von den experimentell an Tieren nach Quecksilberzufuhr erhobenen Befunden von Letulle und Heller sind diejenigen des letzteren nicht beweiskräftig. Es können sehr wohl die Läsionen infolge der Injektionen die Erscheinungen hervorgerufen haben. Wertvoller sind die Experimente von Letulle, aber auch nicht zweifellos. Dagegen sind zu beachten die von letztgenanntem Autor geschilderten klinischen Erscheinungen bei gewerblichen Quecksilbervergiftungen. Dieselben weichen aber sehr erheblich von denjenigen der als Polyneuritis mercurialis beschriebenen Fälle, wie von denjenigen des vorliegenden Falles ab. Man findet bei den gewerblichen Intoxikationen sich langsam und im spätern Stadium der Quecksilbervergiftung entwickelnde Monoplegien mit normalen oder gar gesteigerten Sehnenreflexen ohne degenerative Atrophie, von flüchtigem Charakter. Ihnen gehen voraus: Erethismus, psychischer Verfall, allgemeine Kachexie. Tremor mercurialis ist häufig vorhanden. Das Bild einer akuten Polyneuritis ist nie beobachtet. Ebensowenig findet man letztere bei ausgesprochenen akuten Quecksilbervergiftungen. Verfasser glaubt deshalb nicht, dafs das Quecksilber in dem geschilderten Falle die Ursache war; höchstens könnte es durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus den Syphilistoxinen den Weg geebnet haben. Vielleicht hat auch gar eine dritte unbekannte Ursache das Krankheitsbild hervorgerufen; jedoch waren Alkohol, Blei, Arsenik, Rheumatismus, Infektionskrankheiten auszuschliefsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neuritis multiplex im Sekundärstadium der Syphilis, von Siegfried Grosz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 24.) Ein 22jähriges Mädchen wurde Oktober 1896 auf der Abteilung von Mračeк wegen frischer Syphilis aufgenommen; erfolgreiche merkurielle Behandlung. Anfangs Februar 1897 erneute Sekundärerscheinungen und vornehmlich sensible Paralyse im Gebiete des linken N. ulnaris, später auch im rechten mit Nachts exacerbierenden Schmerzen in dem betroffenen Gebiete. Dazu gesellt sich dann noch eine gleiche Affektion des N. peroneus. Heilung unter antiluetischer Therapie; die jüngsten Störungen weichen zuerst. Es handelt sich zweifellos um eine multiple Neuritis, als deren Ursache die Syphilis anzusehen war. Die Entstehung hat man sich auf toxischem Wege vorzustellen; die Symmetrie der Affektion spricht schon dafür. Verfasser weist auf die ähnlichen Fälle in der Litteratur hin, auch auf den jüngsten von Brauer berichteten Fall. (S. pag. 524.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilisbehandlung und Balneotherapie, von A. Neisser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 16.) Als Quintessenz der Syphilistherapie stellt Verfasser den Satz hin: Das Quecksilber und nur dieses wirkt auf das Syphilisvirus selbst und ist das einzige Mittel, welches den Verlauf der Krankheit beeinflussen kann. Andere Heilmittel, wie Jod und seine Salze, wirken nur auf die Syphilisprodukte und die Syphilistoxine. Beweis für die direkten Beziehungen des Quecksilbers zum Syphilisvirus ist zunächst die Wirksamkeit auf die Vererbungsfähigkeit, die günstige Beeinflussung des Verlaufes der Syphilis durch eine Quecksilberkur im Beginne. Die Folge dieser Anschauung ist die Anwendung der Quecksilberbehandlung in jedem Stadium der Krankheit und die Empfehlung der chronisch-intermittierenden Syphilisbehandlung. — Wenn es nun aber auch ohne Quecksilber keine gute Syphilisbehandlung giebt, so wird man doch auch jedes andere zu Hülfe nehmen, was die Heilung zu fördern vermag. So vor allem Jod, welches aber im frühen Stadium meist übrig ist; nur bei periostalen Prozessen, bei Syphilis maligna, bei visceralen Affektionen, wo man auch bei frischer Syphilis das Vorhandensein tertiärer Produkte nicht ausschliefsen kann. Die hydriatische Behandlung kann weder Quecksilber noch Jod ersetzen, aber doch viel unterstützend wirken. Dafs mit Zuhülfenahme der elektrischen Kataphore Quecksilber und Jod dem Körper leicht zugeführt werden kann, bedarf nicht besonderer Betonung. — Die Beeinflussung der Einverleibung des Quecksilbers in den Organismus durch Bäder kommt natürlich nur bei der Inunktionskur in Betracht. Geht man von der Annahme aus, dafs das Quecksilber hierbei mehr durch Inhalation wirkt, so wird man allerdings durch Bäder nur die Menge des aufgenommenen Quecksilbers herabsetzen. Man kann das aber kompensieren durch gröfsere Dosen und ausgedehntere Einreibungsflächen. Dieses wird noch in höherem Mafse in Schwefelbädern nötig, da hier ja unlösliches und unwirksames Schwefelquecksilber gebildet wird. Wird ein Patient, ohne zu baden, einer Schmierkur mit weifser Präcipitatsalbe unterworfen und dann in ein Schwefelbad gesetzt, dann wird der ganze Körper schwarz, auch die vor 5—8 Tagen eingeriebenen Stellen. Nachträgliche Schwefelbäder vermindern die Wirkung einer Quecksilbereinreibung, heben sie aber nicht auf. — Dafs der Salzgehalt der Bäder die Aufnahmefähigkeit der Haut bei Inunktionen steigert, kann Verfasser für Salbe kaum sich vorstellen, eher für Seife. Vielleicht kann auch im Bade sich Quecksilberchlorid-Chlornatrium bilden, eine sehr leicht resorbierbare Substanz. — Im ganzen sind Badeproceduren und Einreibungskuren entgegengesetzt wirkende Potenzen. Andere drücken das so aus: grofse Quecksilberdosen werden ohne Schaden in Kombination mit Bädern ertragen. — Empfehlenswerter ist die Balneotherapie mit der Injektionsmethode zu verbinden. Hier können ohne Nachteil die Einflüsse der Bäder auf den Stoffwechsel zur Geltung

kommen; wie das geschieht, darüber giebt es nur Hypothesen. Die ausgezeichneten Resultate der Syphilisbehandlung in Bädern sind zurückzuführen auf die äufseren Bedingungen, die hier für den Kranken besonders günstig sind. Ohne Bäder würde die Badeortbehandlung gleich gutes leisten, womit aber die balneologische Syphilistherapie nicht in ihrem Werte herabgesetzt wird. Verfasser hält die Durchführung der Hauptkuren in Badeorten sogar, wenn es durchgeführt werden kann, für das beste. — Die Beförderung der Quecksilberausscheidung durch Bäder wird sicherlich angeregt, bei Anwendung unlöslicher Salze tritt sie besonders zu Tage. Die bereits cessierte Quecksilberausscheidung wird durch die Bäder wieder wachgerufen. Nicht immer ist die Beschleunigung der Ausscheidung erwünscht, man wird sie oft durch Zufuhr gröfserer Quecksilbermengen kompensieren müssen. Nützlich ist sie bei merkurieller Kachexie und lokalisierter Hydrargyrose, zur Vorbereitung für eine neue Kur. — Eine bestimmte Regel für die Kombination der Quecksilberbehandlung mit der Balneotherapie giebt es nicht. Genaue Spezialkenntnisse und allgemeines ärztliches Wissen werden die Entscheidung im gegebenen Falle erleichtern. — Die Wahl des Badeortes ist ziemlich gleichgültig, wenn nur ein tüchtiger Arzt da ist. Auch das Stadium der Krankheit ist nebensächlich. Mauriac warnt vor Schwefelbädern im Frühstadium wegen eventueller Provokation von Syphilissymptomen. Verfasser ist nun erstens nicht von den provocierenden Eigenschaften der Hydrotherapie überzeugt, zweitens fürchtet er dieselben nicht; es wird die Situation dadurch nur klarer. Als Prüfstein für die eingetretene Gesundung sind Schwefelbäder bedeutungslos; der negative Ausfall ist durchaus nicht diagnostisch verwertbar. Wo andere Krankheiten neben der Syphilis bestehen, wird man natürlich die für jene passenden Bäder auswählen. — Die Trinkkuren mit Schwefelwässern verhüten die merkurielle Enteritis. Kochsalzwässer steigern die Diurese und die Queckilberausscheidung, erhöhen den Stoffumsatz. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über balneologische Behandlung der Lues, von E. Vollmer. (*Archiv f. Balneotherapie u. Hydrotherapie.* 1897. Heft 1.) Dafs die Balneotherapie neben der spezifischen Behandlung bei der Syphilis eine grofse Bedeutung hat, steht fest; es fragt sich nun, welche Bäder von Wert sind, und wie dieselben wirken. Schwefel-, Sool- und Jodwässer erheben darauf Anspruch, bei Lues nützlich sein. Die Schwefelbäder haben keine direkte Heilkraft und auch keine Provokationsfähigkeit. Dagegen hemmen sie die Wirkung der Schmierkur durch Bildung von Schwefelquecksilber. Gralowski behauptet allerdings, dafs auch dieses gegen Lues nicht unwirksam sei: Neisser und Finger bestreiten es aber. Jedenfalls mufs bei der Anwendung von Schwefelbädern die Schmierkur durch die Injektionskur ersetzt werden. — Der Spielraum für die Jodwässer ist ja kein grofser, sie leisten aber in der tertiären Periode oft aufserordentliches trotz des geringen Jodgehaltes. — Die Soolbäder sind wegen der durch sie bewirkten starken Anregung des Stoffwechsels berufen, bei Syphilis günstig einzuwirken. Aufserdem beschleunigen Salzlösungen die Quecksilberausscheidung, wie Pawloff gezeigt hat. Pagenstecher sah deshalb niemals Stomatitis, wenn er Kochbrunnenwasser während der Schmierkur trinken liefs. Der schnellere Schwund sekundärer Hauterscheinungen wird durch Soolbäder, auch durch den centrifugalen Sekretionsstrom zur Haut, der durch sie angeregt wird, befördert. Besonders günstig werden auch die Lymphdrüsen beeinflufst. Es kommen für die Soolbäder deshalb besonders in Betracht Personen mit starken Sekundärerscheinungen und Polyadenitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis und Hydrotherapie, von Breyer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Eine 28jährige Dame, von ihrem Manne infiziert, litt sechs Jahre trotz

aller Kuren an zahlreichen Recidiven; dadurch wie durch vier Aborte war sie ungeheuer heruntergekommen. Drei Monate, nachdem sich Gummata an den Unterschenkeln gebildet hatten, die zum Teil ulcerierten, wurde Patientin, die wiederum gravida war, einer energischen hydriatischen Kur unter Regelung der Diät unterworfen. Die Geschwüre wurden mit ausgekochten Leinwandlappen verbunden, über welche kalte Umschläge appliziert wurden. Nach sechs Wochen waren die Wunden geheilt, die Patientin hatte 6 kg an Körpergewicht zugenommen. Fünf Monate später gebar sie ein gesundes Kind. Nach weiteren zehn Monaten war noch kein Recidiv eingetreten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Was leistet die Hydrotherapie bei Behandlung der Syphilis, von S. Munter. (*Deutsche Medizinalztg.* 1896. No. 54.) Die Hydrotherapie ohne Hilfe von Quecksilber und Jod ist nicht im stande, die Syphilis zu beeinflussen, aber sie ist ein mächtiges Unterstützungs- und Hilfsmittel in der Syphilistherapie. Im zweiten Inkubationsstadium verhindert eine Wasserbehandlung niemals das Auftreten der Sekundärerscheinungen; vielleicht stellen letztere sich früher ein, sind milder und weichen dem Quecksilber schneller. Schaden bringt sie jedenfalls nicht, wirkt aber psychisch beruhigend. Während der Quecksilberbehandlung befördert die Hydrotherapie die Aufsaugung, die Wirkung und die Ausscheidung des Quecksilbers. Man braucht weniger Quecksilber, die Ausscheidung erfolgt schneller, Intoxikationen sind seltener. Gleichzeitige Bäder schützen auch gegen die bei Inunktionskuren sonst häufigen Erkältungen. — Die Ansprüche an die Hydrotherapie sind sehr grofs: Es sollen die Toxine und das Quecksilber nach seiner Wirkung ausgeschieden werden; 2. Es soll das Gefäfsnervensystem tonisiert werden; 3. Es soll eine höhere Oxydation der Toxine und der Stoffwechselprodukte des Syphiliserregers angeregt und eine leichtere Elimination bewirkt werden; 4. Es soll eine leichtere und ausgedehntere Einwirkung des Quecksilbers auf die Syphilisnoxe bezweckt werden. Diesen Anforderungen genügen: Schwitzprozeduren im Heifsluftkastenbad mit nachfolgenden Bädern von 28, 24 und 18—14°/o. Zwischen den Schwitzprozeduren kalte Packungen mit nachfolgendem kühleren Reiz. Endlich trockene Packung nach dem Dampfkastenbad oder heifsem Wasserbad, nach 1—1½ stündigem Schwitzen ein Bad von 24° R. und eine weitere Abkühlung von 20—14° R. Diese Prozedur bewirkt höhere Oxydation, „künstliches Fieber". — Oft treten erneute Sekundärerscheinungen ein, die auf Quecksilber nicht reagieren; wahrscheinlich sind dieses meistens Quecksilberintoxikations-Symptome. Hier leistet die Hydrotherapie das beste. Sind es wirklich luetische Erscheinungen, dann mufs man kleine Dosen Jod später hinzufügen. — In der gummösen Phase ist neben Quecksilber und Jod die Hydrotherapie nützlich. Die tonisierenden Verfahren werden hier bevorzugt. — Am wertvollsten ist die Hydrotherapie bei luetischer und merkurieller Kachexie. Gleich gutes kann man balneotherapeutisch erreichen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Notiz über die Anwendung der Somatose bei Syphilis, von Dr. H. Metall. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 36.) Auf der Abteilung für Syphilis und Krankheiten der Harnorgane der Wiener Allgem. Poliklinik wurde bei herabgekommenen anämischen und kachektischen Individuen teils gleich nach dem Auftreten der Initialmanifestation, teils erst beim Erscheinen des Exanthems in ausgiebiger Weise von der Somatose-Verabreichung Gebrauch gemacht. Dieser roborierenden Medikation glaubt es Verfasser vorwiegend zuschreiben zu müssen, dafs in keinem Falle der mit hochdosierten Sublimatinjektionen (5°/o) behandelten Kranken die Hg-Kur unterbrochen werden brauchte. Hebung des Allgemeinbefindens wird bei maligner Syphilis durch fortgesetzte Anwendung der Somatose erzielt, dadurch wurde Invasion abgeschwächt.

A. Strauss-Barmen.

Über den gegenwärtigen Stand der Serumtherapie bei Syphilis, von Arnold Sack. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 46.) Verfasser rekapituliert die verschiedenen Versuche, die Serumtherapie auf die Syphilis zu übertragen, von Feulard, Tommasoli, Kollmann, Pellizzari, die ja alle in diesen Blättern mitgeteilt. Ihr Ergebnis war durchweg ein negatives. In ein neues Stadium schien die Frage getreten, seitdem Tarnowsky das syphilisierte Blut junger Pferde zu verwenden begonnen hat; sollen doch junge Pferde für Syphilis empfänglich sein. Der erste Bericht ist jetzt im *Russ. Arch. f. Pathol.* erschienen. Drei Füllen im Alter von 7—8 Monaten wurden mit Syphilis geimpft, teils, indem nässende Papeln in eine durch Schnitt am Halse bloßgelegte Hauttasche versenkt wurden. Diese Einimpfungen wurden 5—7 Mal wiederholt. Zum Teil wurden auch nässende Papeln auf die durch Kanthariden bloßgelegte Haut durch Verband befestigt, zum Teil wurden Verreibungen des Detritus oder Emulsionen der Papelsubstanz subcutan injiziert. Es bildeten sich bei zwei Pferden Knoten bis haselnußgroß und indolent längs der Wirbelsäule, die später schwanden, um Ähnlichen in der Glutealgegend Platz zu machen. Die mit dem Serum dieser Pferde gemachten Injektionen gaben bei sechs Patienten ein negatives Resultat; einige unangenehme Nebenwirkungen auf das Allgemeinbefinden mahnen zur Vorsicht bei weiteren Versuchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate, von Ferdinand Epstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 49.) Zu den Nebenwirkungen der Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate gehört in erster Reihe die Lungenembolie. Magnus Moeller hat in 8,9% der Fälle eine Embolie gesehen. Verfasser bezweifelt aber, ob es sich wirklich um Embolien gehandelt hat. Hustenreiz, Seitenstechen, Temperaturerhöhung sind die Symptome derselben; diese sind lange nicht in allen Fällen von Moeller vorhanden. Im Breslauer Allheiligen-Hospital wurden von 1892—96 in Summa 908 Personen mit Injektionen behandelt, darunter 681 Frauen. Benutzt wurde meistens Hydr. thymol. resp. thymolo-aceticum und Hydr. salicyl. in Paraff. liquid. Nur sieben Mal wurde eine Embolie beobachtet. Die Injektionen werden im äußern obern Quadranten der Glutäalgegend intramuskulär gemacht; die Spritze nach dem Einstechen abgenommen, um zu kontrollieren, ob die Nadel in ein Blutgefäß eingedrungen ist. In zwei Fällen war Hydr. salicyl., in fünf Hydr. thymol. resp. thymolo-aceticum die Ursache der Embolie. Die Fälle heilten ohne weitere Folgen. Von Wichtigkeit ist die Stelle der Injektion, wie auch Moeller in der neuesten Arbeit einsieht. In dieser Beziehung war die Anführung im Breslauer Spital stets die richtige. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Wert der intramuskulären 5%igen Sublimatinjektionen in der Syphilistherapie, von Lukasiewicz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 16.) Die Nachteile und Nebenwirkungen bei Injektion unlöslicher Quecksilbersalze, die Unannehmlichkeit häufiger Besuche bei der Anwendung 1%iger Sublimatlösungen bewogen den Verfasser bekanntlich, eine 5%ige Sublimatlösung anzuwenden, die in größeren Zwischenräumen injiziert wird. Er ist mit den Resultaten außerordentlich zufrieden, da die Wirkung fast stets prompt eintrat, Nebenwirkungen aber bei richtiger Anzahl der Fälle ausblieben. Die Injektionen werden intramuskulär in die Nates gemacht, während das Körpergewicht auf dem entgegengesetzten Beine ruht. Sie sind weniger schmerzhaft, als solche mit subcutan applizierter 1%iger Lösung. Es wurden 461 Fälle mit 2595 Injektionen behandelt; bei der ersten Eruption wurden 10—12, bei späteren leichteren Recidiven 4—6 Spritzen injiziert. Die Lösung hat die Zusammensetzung:

Hydr. bichl. corros.
Natr. chlor. ää 5,0
Aq. destillat. 100,0

Vor den letzten Injektionen macht Verfasser eine 2—4-wöchentliche Pause. Beständig fast wurde nach der ersten Einspritzung ein stärkeres Hervortreten der Erscheinungen konstatiert, gleichsam eine Reaktion. — Sehr junge, sehr alte, schwächliche und mit organischen Leiden behaftete Patienten wurden dieser Kur nicht unterzogen. — Die Wirkung war besonders in Bezug auf die Lymphadenitiden eine auffallende, die sich auffallend schnell involvierten. — Bei gummösen Luesformen von Patienten, die vorher schon eingreifenden Quecksilberkuren unterzogen waren, hält Verfasser wenig vom Quecksilber und vermied deshalb auch die 5%igen Sublimatinjektionen. — Betreffs der Einzelheiten sei auf die Originalarbeit verwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kalomelinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von Jullien. (*Archives génér. de méd.* Mai 1896.) Verfasser widerlegt die verschiedenen Einwürfe, welche man gegen diese Methode gemacht hat, konstatiert aber andererseits die stetig zunehmende Verbreitung derselben auch in Frankreich, wo sie zuerst heftig bekämpft wurde, und beschreibt dann die Art und Weise ihrer Anwendung: Als Excipiens verwendet er meist Vaselinum liquidum, hält aber das Olivenöl, Glycerin oder die wässerige Gummilösung für ebenso gut, vorausgesetzt, dafs nur absolut reine Präparate verwendet werden. Die Einzeldosis des injizierten Kalomels betrage 0,05 für Individuen von 50, 0,06 für solche von 60, 0,07 für solche von 70 und 0,07—0,1 für solche von 70—80 kg Körpergewicht. Als Vorzüge der Kalomelmethode führt er an: Raschheit und Intensität der Wirkung mit andauerndem, definitivem Erfolge. Über die Zwischenräume zwischen den einzelnen Injektionen giebt er keine fixen Angaben; dieselben richten sich nach den Umständen. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Zweiunddreifsigster Jahresbericht aus dem Spitale für Hautkrankheiten zu Belfast. Das Spital, welches alle chronischen und hartnäckigen Hautfälle von Belfast und Umgebung aufnimmt, wurde im Jahre 1896 von 860 externen und 37 internen Patienten besucht. Der Bericht bringt eine Aufzählung der einzelnen Krankheitsfälle, unter welchen Eccema an erster Stelle mit 204, an zweiter Psoriasis mit 64, Lupus vulgaris mit 59, sekundäre und tertiäre Syphilis mit 52 Fällen u. s. w. beteiligt sind und auch seltenere Fälle wie Ichthyosis, Lichen planus, Sclerodermu u. a. m. sich finden. Im übrigen bietet der Bericht für den Arzt wenig Interessantes, da er hauptsächlich die pekuniäre Lage der Anstalt zu schildern berufen scheint; anhangsweise sind die Satzungen des Aufsichtskomitees, sowie die Vorschriften für die das Krankenhaus besuchenden Patienten beigegeben. *Stern-München.*

Die konträre Sexualempfindung in ihren Beziehungen zum § 175 des Strafgesetzbuches, von A. Cramer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 43.) Den gesetzgebenden Körperschaften des deutschen Reiches ist eine Petition um Aufhebung des § 175 des Strafgesetzbuches zugegangen, welcher homosexuellen Verkehr bestraft, weil

es sich um krankhafte Vorgänge handelt. Der Verfasser legt diese seiner Besprechung zu Grunde, wobei er lediglich den ärztlichen Standpunkt vertritt. Er kann sich nicht den Krafft-Ebingschen Anschauungen anschliefsen, welche derselbe in den Sätzen zusammenfafst: „Unter allen Umständen erscheint mir die These begründet, dafs die angeborene, gleichwie die erworbene konträre Sexualempfindung nur bei sogenannter Belastung vorkommt und denkbar ist. Sie ist eine degenerative Erscheinung des Menschen, klinisch ein funktionelles Degenerationszeichen.“ Der Verfasser nimmt an, dafs ein homosexueller Zustand auch bei ganz normalen Menschen vorkommt, zumal wo die Gelegenheit zu normalem sexuellen Verkehr fehlt, wie in Feldzügen etc. Es kann derselbe ein erworbenes Laster sein, wenn er auch oft bei Geisteskranken gefunden wird. Alle Urninge, auch solche ohne jede sonstige geistige Anomalie, als krank anzusehen, geht nicht an. Es liegt also vom medizinischen Standpunkte eine Veranlassung zur Aufhebung des § 175 nicht vor. Allerdings handelt es sich oft um Neurastheniker, aber solche, die lange nicht unzurechnungsfähig sind. Dieselben sind aber seltener schwer belastete Individuen, als Onanisten und Roués.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Homosexualität bei einem Weibe, von Dr. Loopt-Bergen. (*Medicinsk Revue.* November 1896.) Verfasser teilt einen solchen Fall bei einem 36jährigen Dienstmädchen mit, welches bereits vom 14. bis 15. Jahre ab körperlich wohlentwickelt war und normale Genitalien besafs. Die Intelligenz war gering; sie hatte Anfälle von Angst, gedrückter Stimmung und leichten Verfolgungsideen und Hallucinationen. Ätiologisch wird nur erläutert, dafs die Mutter etwas „sonderbar“ war.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über einige seltenere Zungenerkrankungen, von E. Schwimmer. (*Orvosi-Hetilap.* 1896. No. 46 u. 47.) Das Studium der Erkrankungen der Mundschleimhaut und der Zunge ist von wichtiger Bedeutung, einerseits, weil oft ganz unbedeutend aussehende Veränderungen schwere Komplikationen nach sich ziehen können, andererseits häufig diagnostische Irrtümer begangen werden, welche in so manchem Falle tragische Konsequenzen haben. Dies gilt hauptsächlich bei den Differenzierungen zwischen Syphilis und Krebs. Verfasser schildert zunächst einen Fall, bei dem es wegen eines diagnostizierten Krebses bereits zur Operation kommen sollte; nachdem aber Patient vom Verfasser vor Jahren wegen Syphilis behandelt wurde, unterzog er ihn, trotzdem die Veränderung auf der Zunge einem Krebse zu ähnlich war, noch einmal einer energischen antisyphilitischen Kur; das Resultat war ein von Erfolg gekröntes, indem sich der Prozefs in einigen Wochen ganz zurückbildete. — Bei dieser Gelegenheit bespricht Verfasser noch einmal die Leukoplakia linguae et bucçae, betont wiederholtermafsen, dafs diese Bezeichnung speziell für die idiopathischen Formen benutzt werden soll; dies scheint ihm umsomehr berechtigt, da diese Nomenklatur auch für die ähnlichen syphilitischen Veränderungen beibehalten wird, und weil einzelne Autoren die idiopathische Form gänzlich negieren. Er betont daher, dafs, wo die Leukoplakie auf die antisyphilitische Behandlung geheilt wird, es sich nicht um die idiopathische Form handeln konnte; die Syphilis kann eben, wenn selbe auch auf der Zunge ihren Sitz hatte, daselbst ein prädisponierendes Moment abgeben. Nun folgen einige seltenere Zungenerkrankungen.

1. Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum linguae. (Bereits referiert in *dieser Zeitschr.* 1896. Bd. XXIII. S. 252.)

2. Ein Fall von Erythema und Herpes der Zunge. Bei einem 22jährigen Mädchen, das an einem Herpes facialis der rechten Gesichtshälfte erkrankt war, trat im Verlaufe von zwei Tagen eine Bläscheneruption auf, welche beinahe die ganze rechte Zungenhälfte bedeckte, deren Inhalt wasserklar war und welche beim Sprechen

und Essen äußerst schmerzhaft war; Patientin konnte nur flüssige Nahrung nehmen. Nach zwei Tagen flossen die einzelnen Bläschen in eine Blase zusammen, worauf sich deren Decke abhob und das Ganze ein seichtes Geschwür bildete. Der Heilungsprozeß dauerte circa 14 Tage.

3. Ein Fall von Pemphigus der Zunge. Eine 41jährige Frau hatte auf der allgemeinen Decke einen ausgebreiteten Pemphigus, mit zahlreichen Veränderungen, welche wir Pemphigus vegetans nennen. Bedeutend später, beiläufig sechs Wochen später, traten ausgebreitete Pemphigusblasen auf der Zunge auf. Trotzdem die Erscheinungen auf der Haut sich vermehrten und verschlimmerten, zeigte die Zungenerkrankung dennoch Tendenz zur Heilung.

4. Ein Fall von Argyrose der Zunge. Der 38jährige Kranke, der vor 26 Jahren eine Syphilis durchmachte, welche schwer heilte, bekam seit 10 Jahren auf der Zunge und den Lippen Excoriationen, welche er ohne ärztliche Anordnung Jahre hindurch als Präventivverfahren mit Höllenstein ätzte. Im Laufe der Zeit verfärbten sich die Lippen, das Zahnfleisch und die Zunge schiefergrau. Zu bemerken ist noch bei diesem Falle, daß das ganze Gesicht verfärbt war, Patient sah wie cyanotisch aus, währenddem die übrige Hautdecke normal war.

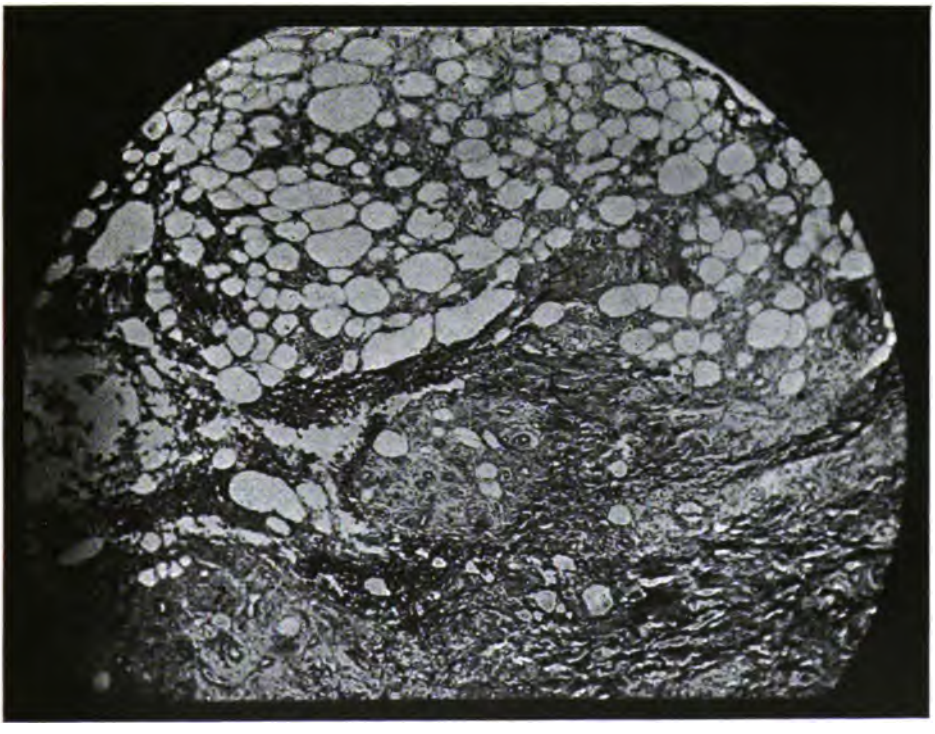
5. Ein Fall von Glossitis mercurialis. Die 20jährige Patientin, die eine schwere Syphilis hatte, bekam bereits nach drei Einreibungen mit Quecksilber eine hochgradige merkurielle Schleimhauterkrankung, hauptsächlich war die ganze Zunge mächtig ergriffen. Auffallend ist es bei diesem Falle, daß trotz dieser kleinen Quecksilbermenge, eine so hochgradige Stomatitis aufgetreten ist und daß die schweren syphilitischen Manifestationen auf diese drei Einreibungen sich gänzlich zurückbildeten.

A. Aschner-Budapest.

Giftiges Haarfärbemittel. Seit einiger Zeit tauchen neue Haarfärbemittel im Handel auf, vor deren Gebrauch nicht eindringlich genug gewarnt werden kann. Nach Mitteilung von Dr. R. Sendtner (*Forsch.-Ber.* 1897, 301), welcher infolge der Erkrankung einer Person an heftigen Ekzemen der Kopfhaut diese Präparate untersuchte, stellen dieselben — auch das Mittel mit dem phantastischen Namen „Chaste's Haarfärbe Fo“ (*Pharm. Centralh.* 1897. No. 38, S. 247) gehört hierher — nichts anderes dar als eine 2%ige Lösung von p-Phenylendiamin, welche, mit einer 1,5%igen Natronlauge auf die Haare gebracht, sich an der Luft braun färbt. Die Substanz gehört zu jener Reihe von Verbindungen, welche seiner Zeit von Dr. Bamberger zum Färben von Pelzwerk empfohlen worden waren, doch hatte dieser Forscher gleichzeitig auf die hohe Giftigkeit derselben aufmerksam gemacht und ausdrücklich vor der Verwendung als Haarfärbemittel gewarnt. Leider konnte das gefährliche Mittel auf Grund der bestehenden Gesetze nicht beanstandet werden. Das Reichsgesetz vom 5. Juli 1887 kennt das Präparat noch nicht und würde erst der Ergänzung bedürfen. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 49.)

Ein neues Ästhesiometer, welches die Vorteile der größeren Handlichkeit und Genauigkeit gegenüber den bisherigen in sich vereinigen soll, beschreibt Gumbach-Mühlhausen. (*Ann. de la Société de Médecine de Gand.*) *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht gestattet.



Audry, Erythema induratum. Verlag Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 11. 1. Juni 1898.

Über die fixen Antipyrinerytheme.

Von

Prof. V. Mibelli.

Die 3 Fälle, deren Beschreibung ich hier geben will, stimmen in ihrem klinischen Bilde genau überein und bieten wegen ihrer ungewöhnlichen Erscheinungen ein besonderes praktisches Interesse, zumal da das Antipyrin, welches hier als ursächliches Moment zu betrachten ist, im Publikum bereits eine weitausgedehnte Verwendung gefunden hat.

In allen 3 Fällen handelt es sich um Patientinnen, welche wegen Kopfschmerzen kleinere Dosen (0,5) Antipyrin zu sich zu nehmen gewohnt waren.

Die Eruption, welcher meist ein Gefühl von Jucken oder Brennen voranging, bestand aus mehr oder weniger intensiv roten, in ihrem Centrum über das Hautniveau erhabenen, kreisrunden, scharf begrenzten Flecken von der Gröfse eines Soldo und darüber, welche an verschiedenen Körperstellen auftraten (Extremitäten, Rumpf, Gesicht). Auf der Oberfläche derselben zeigten sich am zweiten oder dritten Tage Bläschen mit wasserklarem Inhalte, die stellenweise zu gröfseren Blasen konfluierten. Nach etwa 4 Tagen begann die Eruption unter Desquamation und mit Hinterlassen einer dunklen, sepiabraunen Pigmentation nachzulassen und zu verschwinden. Die subjektiven Beschwerden waren gering oder fehlten vollständig.

In allen 3 Fällen handelte es sich um wenig robuste, anämische, nervöse, an habituellen Kopfschmerzen leidende Patientinnen; bei einer derselben bestanden in der Familie mehrere Hautaffektionen (Urticaria chronica, Prurigo, Ekzem).

Als ich mich der ersten dieser Patientinnen gegenüber sah, war ich zunächst bezüglich der Diagnose ziemlich verlegen, weil ich mich nicht erinnerte, jemals etwas ähnliches gesehen zu haben, und obwohl ich gleich an ein medikamentöses Exanthem dachte und an die Patientin diesbezügliche Fragen richtete, leugnete diese zuerst eine derartige Entstehungsweise, um dann später ein volles Geständnis abzulegen. In den beiden

anderen Fällen, welche klinisch mit dem ersten genau übereinstimmten, war es mir dann ein leichtes, die Ursache herauszufinden. Die probeweise Darreichung von Antipyrindosen liefs übrigens keinen Zweifel über die Natur dieser recidivierenden Affektion aufkommen, welche in allen 3 Fällen vollständig verschwand, als das Medikament nicht mehr eingenommen wurde.

Das Antipyrin wurde vor 14 Jahren in den Arzneischatz aufgenommen, und in diesem verhältnismäfsig kurzen Zeitraume haben sich die Mitteilungen über Exantheme, welche von diesem Medikament verursacht werden, zu einer reichhaltigen Litteratur angehäuft. Bei der aufserordentlichen Vielgestaltigkeit dieser Antipyrineruptionen sind bisher alle Versuche, die charakteristischen Merkmale herauszuschälen, um sie einigermafsen zu klassifizieren, erfolglos geblieben.

In den ersten Jahren schrieb man der Wirkung des Antipyrins nur ganz leichte Hauterscheinungen zu. Schwartz hatte 1887 52 Fälle von Antipyrinexanthemen gesammelt, von denen 41 dem Typus der Rubeola, 4 demjenigen der Urticaria, die übrigen den Erythemen angehörten. Später beobachtete man diffuse, scharlachartige Dermatitiden (Barié, Darenberg, Spitz, Leroux, Hardy, H. Fournier, Pignot, Lemonnier, Talamon): häufiger jedoch betonte man das papulöse (Claremont) oder masernartige (Guttmann, de Renzi, Perret und Devic, Eichhorst) Aussehen des Erythems. In anderen Fällen wieder konstatierte man eine grofse Ähnlichkeit desselben mit der syphilitischen Roseola (de Molènes, Wickham) und Fournier erwähnt eines auf die Handteller beschränkten Falles von Antipyrinexanthem, der leicht mit einem papulo-squamösen Syphilid hätte verwechselt werden können; Morel-Lavallée hatte bereits im Jahre vorher einen Fall von Glossitis depapillans mitgeteilt, der auf Antipyrin zurückgeführt werden konnte und Plaques muqueuses vortäuschte. Mehrere Autoren haben Urticaria und urticariaähnliche Eruptionen nach Antipyrinmedikation konstatiert (Cattani, Martini, Spitz, Fournier, Freudenberg), andere Purpura (Strauss, Gastou) oder spezieller ecchymotische Ausschläge (Hardy, Grandclément) oder Formen nach dem Typus des Erythema polymorphum exsudativum (Leroux), des Erythema nodosum (Wickham, Baudouin), des universellen Ekzems (Goetze, Audrain). Bei uns beschrieb Mazzotti eine zosterartige Eruption, die sich über die ganze hintere Fläche des linken Beins ausdehnte und nach einer Antipyrininjektion entstanden war.

In diesen letzteren Jahren wurden sodann verschiedene Antipyrineruptionen viel schwererer Art und seltenerer Form beschrieben, die ein ziemlich kompliziertes Bild darboten, zum Teil dem Erythema polymorphum papulosum, vesiculosum oder bullosum, zum Teil der Urticaria

oedematosa oder dem Erythema nodosum ähnlich sahen und sich dadurch auszeichneten, dafs sie sich mit Vorliebe in der Umgebung der natürlichen Körperöffnungen, an den Händen und Füfsen oder am Scrotum lokalisierten, sowie dafs sie grofse Neigung zeigten, an denselben Stellen zu recidivieren, indem sie mehr oder weniger dunkelpigmentierte und hartnäckige Flecken zurückliefsen. Einzelne derselben zeigten eine besondere Schwere wegen ihrer Ausbreitung über beinahe die ganze Körperoberfläche oder wegen des Auftretens von grofsen Blasen, deren Ähnlichkeit mit dem Pemphigus zu diagnostischen Irrtümern geführt hatte.

Zu derselben Kategorie gehören die von Veiel (63. Kongrefs deutscher Naturforscher und Ärzte, Bremen 1890), Petrini (*Annales de Dermatol. et de Syphiligr.* 1891), Caspary (*Archiv f. Dermatolog. u. Syphil.* Bd. 36, 1894), Möller, Paschkis, Martin Brasch, Suss, Tonnel und Raviart, Leloy (angeführt von H. Fournier in *Journ. d. mal. cut. et syph.* p. 492, 1892, als „Éruption érythémato-fixe due à l'antipyrine"), Brocq („Éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine", *Annales de Dermat.*, p. 308, 1894), Jullien, du Castel, Morel-Lavallée, Dubreuilh, Ballin beschriebenen Fälle.

Fafst man das Bild dieser bibliographischen Übersicht zusammen, so findet man:

1. Dafs das Antipyrin, meist innerlich verabreicht, zu den mannigfaltigsten Intoleranzerscheinungen von seiten der Haut Anlafs geben kann.

2. Dafs das Antipyrinexanthem in vielen Fällen unter dem Bilde einer diffusen, zuweilen über die ganze Körperoberfläche ausgedehnten Dermatose auftritt, während es in anderen auf cirkumskripte Formen nach dem erythemato-papulösen, papulo-ödematösen, papulo-vesiculösen oder bullösen Typus beschränkt bleibt.

3. Dafs man unter den cirkumskripten Antipyrinexanthemen in dieser letzteren Zeit eine besondere erythemato-pigmentierte, in ihren Recidiven fixe Form konstatiert hat.

Diese letztere zeichnet sich aus durch das Auftreten von erythematösen, lividroten Efflorescenzen sofort nach der Einverleibung von Antipyrin. Die Efflorescenzen sind flach, ödematös und über das Hautniveau erhaben, kreisrund oder oval, von verschiedener Gröfse (vom Durchmesser eines Markstückes und darüber). Der Eruption geht ein Gefühl heftigen Juckens und Brennens voraus, welches nach dem Auftreten der Efflorescenzen verschwindet; diese letzteren verschwinden ihrerseits ebenfalls nach 6 oder 7 Tagen, nachdem sich zuweilen auf ihrer Oberfläche Bläschen gebildet haben; sie lassen einen mehr oder weniger dunklen Pigmentfleck zurück. Die Dermatose besteht aus einer sehr beschränkten Zahl (1, 2, 5 oder wenig mehr) Efflorescenzen, die regellos an den verschiedensten Körperstellen lokalisiert und meist sehr weit voneinander entfernt sind.

Bei jeder neuen Gabe des Medikaments zeigt sich ein frischer Ausbruch des Exanthems, das genau unter denselben Erscheinungen und an denselben Stellen auftritt, obwohl bei einem der späteren Recidive zuweilen eine neue Efflorescenz an einer frischen Stelle erscheinen kann, die dann fernerhin die früheren stets begleitet. Durch dieses fortwährende Wiederauftreten der Eruption an derselben Stelle wird die Farbe der Plaques immer dunkler, welche sodann nach Verschwinden der erythematösen Rötung noch lange als permanenter Pigmentfleck zurückbleibt. Auf diese Weise stellt jede neue Eruption weiter nichts dar als eine Rötung und Schwellung mit Bläschenbildung der alten Pigmentflecke, was jedoch stets von den gewohnten subjektiven Erscheinungen begleitet ist, welche das neue Auflodern des Prozesses andeuten. Mit dem Aufhören der Antipyrinmedikation verschwindet das Exanthem, aber die Pigmentflecke verwischen sich oft erst nach sehr langer Zeit, ja in einem Falle von MOREL-LAVALLÉE bestanden sie noch nach 6 Jahren.

Histologischer Befund. In meinem dritten Falle hatte ich durch Darreichung einer Antipyrindosis die Eruption künstlich hervorgerufen. Als diese in ihrer höchsten Entwickelung stand, entnahm ich dann ein Hautfragment aus der Handgelenkgegend und später eins aus der Region der Nates, als der Prozeſs im Abnehmen begriffen war. Die Präparate wurden in absolutem Alkohol fixiert und in Celloidin eingeschlossen.

In den Präparaten vom Handgelenke findet man besondere Veränderungen in der Epidermis und dem Papillarkörper, während die Cutis wenig verändert und das subcutane Gewebe vollständig normal erscheint.

In der Epidermis ist die Hornschicht leicht gelockert, das Stratum granulosum auf eine einzige Schicht von Zellen mit sehr kleinen und wenig lichtbrechenden Körnchen reduziert. Die Stachelschicht besteht aus sehr groſsen Zellen mit Erweiterung der interciliären Räume; die interpapillären Fortsätze sind verlängert und setzen sich zusammen aus dichtgedrängten, leichter färbbaren Zellen mit zahlreichen Karyokinesen.

Der Papillarkörper ist bedeutend verbreitert mit verlängerten und verdickten Papillen; derselbe sticht scharf von dem retikulären Derma ab, indem die Veränderungen sich gleichmäſsig über seine ganze Dicke verteilen und die ganze Schicht des oberflächlichen Gefäſsnetzes betreffen. Das Grundgewebe ist ödematös, hat seine elastischen Fasern eingebüſst und besteht aus aufgetriebenen kollagenen Fasern, die sich nicht färben lassen und wenig lichtbrechend sind; zwischen ihnen konstatiert man eine reichliche kleinzellige Infiltration. Die Papillen sind von zahlreichen dilatierten, geradlinig verlaufenden Gefäſsen durchzogen und man kann letztere in vielen Präparaten in ihrem ganzen Verlaufe bis an die Spitze der Papillen verfolgen. Die kleinzellige Infiltration ist dichter an der

Basis der Papillen, wo sie die Gefäfse des oberflächlichen Netzes eng umschliefst. Diese Gefäfse sind ebenfalls stark dilatiert und in ihrer unmittelbaren Umgebung sieht man zahlreiche verschieden geformte und stark entwickelte Bindegewebszellen.

An vielen Stellen häufen sich die Infiltrationszellen gegen die Spitze der Papillen hin zusammen und drängen sich zwischen die Zellen der unteren Schicht des Rete Malpighi hinein. An anderen Orten ist das Ödem der Papillen ausgesprochener und ihren Spitzen entspricht eine sehr verdünnte Epidermis, in welcher die interciliären Räume so sehr verbreitert sind, dafs sie dem ersten Stadium einer Höhlenbildung ähnlich sehen; in einzelnen Zellen der Schleimschicht findet man die Leloirsche „Transformation cavitaire". Selbst da, wo die Veränderungen am ausgesprochensten sind, findet man aber nur selten eine lymphoide Zelle in den oberflächlichen Schichten der Schleimschicht.

Im retikulären Derma erscheint das normale Aussehen der kollagenen Bündel wieder und das elastische Netz ist vollständig erhalten: Nur an einzelnen Stellen findet man eine mäfsige Leukocytëninfiltration mit deutlicher Vermehrung der fixen Zellen, und diese konstatiert man ausschliefslich in der Umgebung einzelner Gefäfse oder um die Knäueldrüsen herum.

In allen Präparaten konstatiert man das Vorhandensein abnormer Pigmentierungen in der Cutis. Auch das normale Pigment der Epidermis ist sichtlich vermehrt und man findet es sogar oberhalb der Cylinderzellenschicht. Das abnorme Cutispigment erscheint in Gestalt von Körnerhaufen, die sich vornehmlich an der unteren Grenze der subpapillären Schicht ansammeln, d. h. in einer Schicht, die zwischen diesem Stratum und dem eigentlichen retikulären Derma liegt. An anderen Orten sind diese Pigmentmassen viel weniger zahlreich und regellos zerstreut, und zwar sowohl im oberen Teile des retikulären Derma zwischen den von kleinzelliger Infiltration freien kollagenen Fasern, als im Papillarkörper in verschiedener Höhe; doch auch hier sind sie seltener und kleiner als an anderen Stellen.

In einer zweiten Reihe von Präparaten (von den Nates) sind die dem akuten Prozesse entsprechenden Veränderungen im Rückgange begriffen, während die dauernden Störungen, welche die häufigen Recidive in den Geweben zurücklassen, stärker hervortreten.

In der Epidermis ist das Stratum corneum durchweg in seinen oberen Schichten gelockert, und unter diesen letzteren bestehen an vielen Stellen kleine geschichtete Krusten. In den Veränderungen, die man hier und da in der mittleren und basalen Zone antrifft, läfst sich leicht konstatieren, dafs diese Krusten ihre Entstehung einem Parakeratoseprozesse verdanken (verlangsamte Verhornung infolge von seröser Imbibition). Das Rete Malpighi, welches nur leicht verlängerte oder normal aussehende

interpapilläre Fortsätze aufweist, erscheint in den mit Thionin, Methylenblau oder Tanninfuchsin gefärbten Präparaten wie in zwei Schichten geteilt, von denen die untere intensiv gefärbt, die obere beinahe farblos ist. Die obere Schicht besteht aus 4 oder 5 Reihen stark ödematöser, polygonaler Zellen mit homogenem, farblosem, schwach lichtbrechendem Protoplasma und blasenartigem, wenig färbbarem Kerne; nach oben ist diese Schicht von einer einzigen, stellenweise unterbrochenen Reihe gekörnter und aufgetriebener Zellen mit wenigen Keratohyalinkörnchen begrenzt. Die untere Schicht, welche die Gesamtheit der Fortsätze der Schleimschicht und die Cylinderzellenschicht der Zwischenräume umfaßt, besteht aus kleineren pigmentierten Zellen, und man konstatiert darin in verschiedener Höhe zahlreiche Karyokinesen.

In der Cutis sind die entzündlichen Erscheinungen weniger ausgesprochen als im vorhergehenden Falle, und vom Ödem bleiben nur einige Spuren in der Spitze einiger Papillen zurück. Es besteht noch die frische Leukocyteninfiltration im papillären und subpapillären Teil; sie ist aber weniger dicht als in dem anderen Hautstücke; sie beschränkt sich auf die Umgebung der Gefäße der Papillen und des subpapillären Stratums; dagegen konstatiert man inmitten der kleinzelligen Infiltration eine rege Proliferation der fixen Bindegewebszellen. Das elastische Fasernetz fehlt nur an den Stellen dichter Zelleninfiltration, an allen anderen Orten ist es gut erhalten und läßt sich bis an die Spitze der Papillen nachweisen.

Übrigens läßt sich an diesen Präparaten noch besser als an den anderen erkennen, daß die fundamentalen Veränderungen des Prozesses das Hautgefäßsystem betreffen, und zwar nicht allein das oberflächliche Netz, sondern auch die Verbindungsgefäße bis in das tiefe Netz, wo die Knäueldrüsen ebenfalls von Lymphoidzellen umgeben sind. In allen Präparaten ist nämlich die Cutis von langen Strängen perivasaler Zellen durchzogen, welche, einfach oder verzweigt, im retikulären Stratum schief verlaufen; der Bezirk der oberflächlichen Cirkulation erscheint in Gestalt einer beinahe ununterbrochenen, dicken Zellenlage, von der dünne Fäden seitlich abgehen, meist nach dem Centrum der Papillen zu. Es muß noch bemerkt werden, daß diese perivasalen Zellstränge zum Teil aus einkernigen Leukocyten, zum Teil aus fixen Bindegewebszellen von verschiedener Gestalt bestehen; nirgends Spuren von Plasma- oder Mastzellen.

In dieser Präparatenreihe konstatiert man eine viel stärkere abnorme Pigmentation der Cutis als in den von den Nates herrührenden Hautstücken; dieselbe besteht aus bedeutend gröberen Pigmentmassen von dunklerer Färbung (einige sind geradezu ganz schwarz), welche den Bezirk des oberflächlichen Gefäßnetzes einnehmen und dem Verlaufe der von ihm abhängenden Zellstränge folgen. Bei schwacher Vergrößerung erscheint

dieses Pigment so dicht im Bereiche der subpapillären Schicht angehäuft, dafs es hier eine beinahe ununterbrochene und gleichmäfsige Linie bildet. Im retikulären Derma findet man keine Spur davon, dagegen läfst es sich oberhalb desselben bis an die Spitze der Papillen verfolgen, und zwar sowohl die Gefäfswände entlang als in regellos zerstreuten Massen, von denen sich einige in Gestalt länglicher Figuren zwischen die Zellen der Cylinderschicht der Epidermis drängen.

Abgesehen von seiner viel bedeutenderen Ausbreitung und dem Vorhandensein gröfserer und dunklerer Massen zeigt das Cutispigment in diesen Präparaten dieselben Eigentümlichkeiten wie in der anderen Präparatenreihe. Es besteht aus Körnermassen von der verschiedensten Form: kuglige, eckige (aber niemals verzweigte) oder in langausgezogenen Streifen.

An Gröfse übertreffen sie alle die umliegenden Zellen; einzelne sind zwei-, dreimal so grofs oder noch gröfser als die gewöhnlichen Leukocyten. Die gröfsten sind vollständig undurchsichtig oder fast schwarz; die anderen sind schwach durchscheinend und von braungelber Farbe, die durchsichtigsten goldgelb. Sie setzen sich zusammen aus dicken, kugelrunden, braunen, mehr oder weniger dicht auf dem gleichmäfsig gelblich gefärbten Grunde verteilten Körnern.

Bei starker Vergröfserung erkennt man leicht, dafs diese Massen aus intensiv pigmentierten Zellen bestehen, und nur sehr selten findet man Pigmentkörner aufserhalb der Zellen. Einige dieser Pigmentzellen sind offenbar als entzündliche Wanderzellen zu betrachten, und in vielen derselben erkennt man noch leicht den mit Karmin gefärbten Kern, während die Pigmentkörner das Protoplasma verdecken und die Zellkonturen scharf hervortreten lassen. Der gröfsere Teil besteht aber aus Bindegewebszellen von verschiedener Form, meist aber in Gestalt von länglichen Spindeln, in welchen die Pigmentkörnchen gruppenweise angeordnet sind.

Bezüglich der Natur und des Ursprungs dieser Pigmentation ist man, in Anbetracht der klinischen Erscheinungen, die sie begleiten, und des histologischen Befundes, leicht geneigt anzunehmen, dafs sie sich von den anderen pathologischen Pigmentationen, die man bei vielen chronischen, entzündlichen Dermatosen konstatiert, nicht unterscheide und dafs sie aus hämatogenem Pigment bestehe.

Ich habe zwar in keinem einzigen Präparate die geringsten Spuren von Hämorrhagie nachweisen können; doch habe ich stets die hauptsächlichsten und bedeutendsten Veränderungen in der Umgebung der Gefäfswandungen konstatiert und dem Verlaufe der Gefäfse entlang den gröfsten Teil der Pigmentmassen angehäuft gefunden. Andererseits wissen wir, dafs zu den Hämosiderosen (Pigmentationen durch Ablagerung von hämatogenem Eisen) viele Formen von pathologischer Hautpigmentation

gerechnet werden müssen, bei denen man weder klinisch noch histologisch von Hämorrhagie reden kann.

Selbstverständlich liefse sich die hämatogene Natur dieses Pigments mit Sicherheit feststellen, wenn die Reaktionen von PERLS oder von QUINCKE, durch welche das Vorhandensein des Eisenpigments (oder Hämosiderins von NEUMANN) nachgewiesen wird, positiv ausfielen.

Nun aber gelang es mir weder mit dem gelben Blutlaugensalze und der Salzsäure (PERLS), noch mit dem Ammoniumsulfid irgendwelche Reaktion zu erhalten, was übrigens sehr oft in anderen Fällen von pathologischer Hautpigmentation hyperämischer oder entzündlicher Natur geschieht. Dieses negative Resultat genügt aber zur Behauptung, dafs das Pigment nicht aus dem Blute stammt, nicht, da bekanntlich Pigmente dieser Art nicht immer die Hämosiderinreaktion geben, sondern nur in gewissen Stadien des krankhaften Prozesses. M. B. SCHMIDT hat nämlich nachgewiesen, dafs das Hämosiderin nur eine Phase der regressiven Metamorphose des extravasierten Hämoglobins darstellt, an welchen sich nach NEUMANN hauptsächlich die chemischen Vorgänge in den histologischen Elementen beteiligen, die damit in Berührung kommen.

Wenn nun zwar die Pigmentmassen in meinen Präparaten die klassische Hämosiderinreaktion nicht geben, so nehmen sie doch mit dem Thionin eine sehr deutliche grüne Farbe an. Färbt man aufserdem mit in Anilinwasser gelöstem Methylenblau und behandelt man nachträglich das Präparat mit 0,2%iger Chromsäurelösung, so bleibt die grüne Färbung erhalten. Die Reaktion gegenüber dieser von FOÁ empfohlenen Methode liefert einen neuen Beleg für die hämatogene Natur des in unserem Falle nachgewiesenen Pigments, da sie nur bei den hämatogenen Pigmentationen gelingt und auch dazu verwendet werden kann, die kernhaltigen roten Blutkörperchen besser hervortreten zu lassen, wo dann der Kern blau bleibt, während das Protoplasma eine charakteristische grüne Färbung annimmt.

Aus dem beschriebenen mikroskopischen Befunde ersehen wir, dafs bei dieser besonderen Form von Antipyrinexanthemen der histologische Prozefs im akuten Stadium der recidivierenden erythematösen Efflorescenzen in einer deutlich ausgesprochenen exsudativen Entzündung der papillären und subpapillären Schicht besteht, von der wieder Veränderungen der Epidermis abhängen, welche eventuell zur Entstehung von Bläschen oder akantholytischen Blasen führen können.

Aus dem Vergleiche von Präparaten von Hautstücken in voller Eruptionsperiode mit solchen im regressiven Stadium, aber mit tieferer Infiltration können wir ableiten, dafs der Prozefs die akute Phase überdauert, und zwar in Gestalt einer chronischen proliferierenden Entzündung, die sich auch auf das retikuläre Derma ausdehnt, unter starker Pigment-

bildung in den über diesem Cutisteile liegenden Schichten. Ganz folgerichtig dürfte es deshalb sein, anzunehmen, dafs dieser chronische perivasale Proliferations- und Pigmentationsprozefs die Bedingungen für eine krankhafte Empfindlichkeit der betroffenen Stellen abgiebt und dafs hierin die Ursache gesucht werden mufs, dafs bei jeder neuen Einwirkung jener störenden Einflüsse der akute entzündliche Prozefs von neuem angefacht wird.

Wir können uns ferner mit Leichtigkeit überzeugen, dafs bei diesem Prozesse dieselben histologischen Veränderungen zu konstatieren sind, wie bei den papulösen Efflorescenzen, und zwar den polymorphen exsudativen Erythemen und speziell beim Erythema exsudativum multiforme von Hebra. Auch bei diesem letzteren handelt es sich nämlich um eine exsudative Entzündung, welche in der papillären und subpapillären Cutis ihren Sitz hat, zuweilen mit Beteiligung des retikulären Derma. Ebenso konstatiert man hier aktive Zellwanderung und Proliferation der fixen Bindegewebselemente in der nächsten Umgebung der dilatierten Gefäfse. Ferner finden wir ein beträchtliches Ödem des Papillarkörpers, was sich, ganz wie in unseren Präparaten, mehr durch Anschwellung der kollagenen Bündel denn durch die Dilatation der Lymphspalten kundgiebt. Endlich wuchert beim Erythema multiforme, wie wir es auch in unseren Präparaten konstatiert haben, die Epidermis besonders in ihren unteren Schichten, während die oberen Schichten ödematös sind mit der Neigung, sich aufzulockern, so dafs blasenartige Höhlen entstehen.

Gestützt auf diese bedeutende Übereinstimmung unserer Fälle in klinischer und histologischer Beziehung mit den polymorphen Erythemen sind wir vollständig berechtigt anzunehmen, dafs es sich bei ersteren wirklich um isolierte Erscheinungen eines polymorphen, papulo-vesikulösen oder bullösen, durch Antipyrin verursachten Erythems handelt und dafs die Dermatose zu den in letzterer Zeit nach Tommasoli benannten Erythemata polymorphia ab ingestis gezählt werden mufs,[1] und zwar nicht allein deshalb, weil die Eruption sofort nach der Einverleibung des Medikaments auftrat, sondern weil wir bei ihnen das gesamte klinische Bild des von Tommasoli aufgestellten ersten Typus der polymorphen Erytheme reproduziert finden, d. h.: 1. Fehlen von Prodromen; 2. beschränkte Ausbreitung der Läsionen; 3. wenig ausgesprochener Polymorphismus; 4. die Dauer und der Ausgang der Dermatose entspricht der Qualität, der Intensität und der Dauer der Intoxikation; 5. sofortiges Zurücktreten der Eruption nach Sistierung der Medikation; 6. sofortiges Wiederauftreten des Ausschlags, wenn das Medikament wieder gegeben wird.

---

[1] Tommasoli, Sull' eritema exsudativum multiforme Hebrae. *Rif. med.* 1895.

Es bleibt uns nun noch übrig, kurz die Pathogenese dieser medikamentösen Exantheme zu berühren und unsere diesbezügliche Ansicht mit der anderer Autoren zu vergleichen.

Der erste, welcher sich in diese äufserst schwierige Frage von den Erythemen eingelassen hat, war bekanntlich Besnier.[2] Nach ihm handelte es sich zuerst darum, nachzuweisen, dafs bei der Pathogenese der Erytheme mit Inbegriff der polymorphen Erytheme, die nächste Ursache, der „agent provocateur" oder die pathogene Bedingung eine nur ganz geringfügige Rolle spielt, während der Hauptanteil hierbei den „individuellen Bedingungen" zukomme, d. h. der Prädisposition, Idiosynkrasie etc. Diese nächste Ursache kann nun von höchst verschiedener Natur, Form, Intensität sein; aber der Ausbruch eines Erythems überhaupt oder einer bestimmten Erythemform im besonderen hängt keineswegs von besonderen, von einem Falle zum anderen variierenden Eigenschaften des ursächlichen Agens ab, sondern eben von individuellen Bedingungen; diese würden nun, nach Besnier, wenigstens in einigen Fällen autogene toxische Substanzen erzeugen und schliefslich, durch einen besonderen „pathogenen Modus", erythematöse Hautveränderungen. Dieser „pathogene Modus", welcher die Mitte hält zwischen der ersten störenden Ursache, welche die erythematösen Hautveränderungen bedingt, und diesen letzteren selbst, ist in allen Fällen identisch und besteht in einer neurovaskulären Störung. Trotzdem kann man eigentlich nicht sagen, dafs er etwas Spezifisches an sich habe, indem es sich schliefslich um einen ziemlich gewöhnlichen, krankhaften Zustand handelt, der bei vielen anderen, schon längst unter der genetischen und ziemlich vagen Bezeichnung von „Angioneurosen" bekannten Hautaffektionen vorherrscht.

Die Besniersche Theorie wurde von vielen Dermatologen günstig aufgenommen, in Italien speziell von Tommasoli. Er spricht aber nicht in so kategorischer Weise der verschiedenen Natur des ursächlichen Agens jede Bedeutung ab, indem er annimmt, dafs zwischen den einzelnen Erythemen klinische Unterschiede bestehen, je nachdem sie von bakteriellen Toxinen, von in den Darmkanal eingeführten Giften herrühren oder durch Antointoxikation entstanden sind. Im Grunde genommen stimmt er aber mit Besnier darin überein, dafs man vom ursächlichen Momente zum Erytheme durch eine Zwischenstufe von „individuellen Bedingungen" gelangt, welche die krankhaften Erscheinungen in diesem oder jenem Sinne leiten. Er meint, dafs diese Zwischenstufen mannigfacher Art sein müssen, die zwar alle in toxischen Erscheinungen bestehen, aber schliefslich nach demselben Punkte konvergieren, d. h. nach einer besonderen Veränderung in der Blutbeschaffenheit („erythematogene Hämointoxikation").

---

[2] Besnier, Pathogénie des erythèmes. *Annales de dermatol et de syph.* 1. H. 1890.

Nach Tommasoli sind somit sämtliche polymorphen Erytheme, vom Anfange bis zum Ende des langen Prozesses, der ihnen zu Grunde liegt, toxischer, und zwar stets autotoxischer Natur, wenn auch in einzelnen Fällen noch ein heterotoxisches Element hinzutritt.

In dem Punkte aber, wie jene terminale „erythematogene Hämointoxikation", aus welcher unmittelbar das polymorphe Erythem hervorgeht, die Hautveränderungen erzeugt, stimmt nun Tommasoli mit Besnier nicht vollständig überein. Wenn er nämlich einerseits annimmt, dafs es sich um Einflüsse handelt, welche entweder direkt oder indirekt, durch Vermittelung des peripheren oder centralen Nervensystems, einwirken, so glaubt er deshalb noch nicht, dafs man den Prozefs zu den Angioneurosen zählen müsse, und macht die ganz richtige Bemerkung, dafs die toxischen, vom Blute hergetragenen Substanzen thatsächlich nicht eine einfache funktionelle, angioneurotische Störung erzeugen, sondern blofs einen Reiz, der dann seinerseits auf der Haut eigentliche organische, entzündliche Veränderungen verursacht.

Nach unseren histologischen Untersuchungen haben wir gesehen, dafs das Resultat des ganzen Prozesses eine wahre exsudative Dermatitis sei, mit so ausgesprochenen Kennzeichen, dafs er nicht im geringsten mit einfachen angioneurotischen Veränderungen verwechselt werden kann. Wir können uns nicht dazu verstehen, den ödematösen Zustand der Cutis als „spastisches Ödem durch gestörte Innervation" zu betrachten (Unna). Das Vorhandensein von sozusagen ausschliefslich in der Umgebung der Gefäfswandungen konstatierten entzündlichen Erscheinungen berechtigt uns noch nicht dazu, dieser Entzündung einen spezifisch angioneurotischen Charakter zuzuschreiben, wie dies Unna gethan, indem er sich hierbei auf diesen Befund stützte, um das Erythema multiforme in die von ihm aufgestellte Gruppe der „neurotischen Entzündungen" zu versetzen (Histopathologie, pag. 115).

In Übereinstimmung mit Tommasoli nehmen wir deshalb an, dafs der sog. „pathogene Modus" der Erytheme in einer durch das Blut herbeigeführten entzündlichen Reizung der Gefäfswandungen, aber nicht in einer einfachen angioneurotischen Störung im Sinne Besniers besteht; ebenso betrachten wir es als keineswegs erwiesen, dafs die daraus resultierende Entzündung notwendig einen angioneurotischen Charakter an sich trage (Unna).

Bezüglich der Auffassung der Erytheme in pathogenetischer Richtung haben wir aber noch andere Bemerkungen zu den Theorien von Besnier und Tommasoli zu machen, und zwar ganz besonders in dem uns speziell interessierenden Fall, wo das Erythem durch eine bestimmte primäre Intoxikation in Gestalt eines Medikaments verursacht wird.

Besnier sagt nämlich an einer Stelle, dafs „das pathogene Element

seine Wirkung mehr auf die neurovaskulären Centren denn auf die Punkte selbst ausübt, welche der Sitz der erythematösen Läsionen sind; dafs das Vorkommen eines materiellen pathogenen Elementes in den erythematösen Elementen weder erwiesen noch überhaupt notwendig ist; übrigens brauche demselben, wenn es auch konstatiert werden sollte, nicht eine aktive Rolle zugeschrieben werden". Tommasoli drückt sich ungefähr in demselben Sinne aus, indem er sagt: „Wenn eine der toxischen Substanzen, welche den ersten Ausgangspunkt eines polymorphen Erythems bilden, in Thätigkeit tritt, dürfen wir annehmen, dafs sie an sich selbst nicht genügt, direkt und unmittelbar ein polymorphes Erythem hervorzurufen, sondern dafs sie im Organismus Veränderungen entstehen läfst, die immer wieder neue toxische Substanzen erzeugen." Mit diesen kombiniert sich die primäre Intoxikation, bis schliefslich das Erythem zum Ausbruche kommt (Tommasoli).

Darin stimmen also die beiden angeführten Autoren überein, dafs das pathogene Element durch direkte Einwirkung auf die Haut erythematöse Läsionen nicht hervorzurufen vermöge; gerade hierin scheinen sie mir aber in ihren Ansichten einen viel zu absoluten Standpunkt zu vertreten, der sich nicht auf alle Fälle anwenden läfst. So kann man z. B. nicht recht begreifen, warum speziell in einem durch ein Medikament hervorgerufenen Fall von polymorphem Erythem dieses Medikament nicht direkt auf die Haut wirken und die erythematöse Eruption erzeugen sollte. Ganz hypothetisch ist die Ansicht Besniers, dafs das Medikament zuerst notwendig auf die neurovaskulären Centren wirken mufs und dafs die erythematöse Läsion „das Resultat einer reflektorischen oder durch einen der zahlreichen Herde erythematogener Reflexe (sic) übertragener Reflexe verursachten Störung" sei. Ebenso hypothetisch ist die andere Ansicht Tommasolis, wonach die primäre Intoxikation sekundäre Intoxikationen hervorrufen mufs, bevor es zur Entstehung einer spezifischen erythematogenen Intoxikation kommen kann. Eine weitere, aber viel einfachere und einleuchtendere Hypothese ist die alte Auffassungsweise von Baerensprung, welcher annahm, dafs das im Blutstrome cirkulierende Medikament die Gefäfswandungen passieren und durch Reizung der Haut erythematöse Efflorescenzen zum Ausbruche veranlassen kann.

Nimmt man mit Tommasoli an, dafs die erythematogene Hautreizung stets toxischer Natur sei, so wird man um so mehr annehmen dürfen, dafs die betreffende toxische Substanz diejenige sei, welche in den Organismus eingeführt worden ist, nämlich das eingenommene und resorbierte Medikament, ohne welches die therapeutischen Erytheme, die uns hier beschäftigen, nicht entstehen. Um so mehr mufs man die Möglichkeit einer solchen direkten Wirkung des Medikaments auf die Haut annehmen, wenn man mit Tommasoli von der Voraussetzung ausgeht, dafs die ver-

schiedene Beschaffenheit des ursächlichen Agens mit dem verschiedenen Aussehen des Erythems in Beziehung steht und dafs man je nach der Ursache, auf die sie sich zurückführen lassen, mehrere selbständige klinische Typen aufstellen kann.

Bezüglich der Pathogenese der sekundären infektiösen Exantheme (nach Typhus, Diphtherie, Septikämie) hatte man lange Zeit gemeint, dafs es sich nur um vasomotorische Erscheinungen reflektorischer Art handle, und glaubte deshalb nicht an eine lokale, sondern an eine Fernwirkung des ursächlichen Agens. Die neuesten bakteriologischen Untersuchungen haben aber gezeigt, dafs der infektiöse Stoff oder die Mikroorganismen resp. ihre toxischen Produkte direkt auf die Haut wirken und wahre infektiöse oder, genauer ausgedrückt, infektiös-toxische Exantheme hervorrufen. So finden wir auch in der grofsen Klasse der Hautaffektionen, welche äufseren Einflüssen ihre Entstehung verdanken, andere und noch deutlichere Beispiele, wie toxische, von aufsen in die Haut eingeführte Substanzen Eruptionen hervorrufen, die mit denen ganz übereinstimmen, die nach der Aufnahme giftiger Stoffe in den Darmkanal entstehen.

Was nun die therapeutischen Exantheme nach lokaler Applikation von Medikamenten anbelangt, so darf man gewifs an die Möglichkeit denken, auf chemischem Wege das Medikament in den erythematösen Herden direkt nachweisen zu können. Solche Untersuchungen sind nun auch in der That gemacht worden; so hatte bereits früher Adamkiewicz positive Resultate bei Joderuptionen erzielt, und neuerdings haben Tonnel und Raviart (*Annales de Dermat.* 1897, H. 7) bei Antipyrinexanthemen mit dem Inhalte von Blasen die Antipyrinreaktion (Jod-Jodkaliumlösung) erhalten. Mir selbst gelang dasselbe mittelst Eisensesquichlorid in einem Falle von bullösem Antipyrinexanthem des Handrückens.

Es genügen einige derartige, sicher konstatierte Fälle, um den Nachweis zu leisten, dafs das im Kreislaufe cirkulierende Medikament durch die Hautgefäfse eliminiert wird. Ist dies einmal nachgewiesen, so erscheint auch die Annahme ganz berechtigt, dafs das Medikament am Prozesse einen aktiven Anteil nimmt, wie andererseits die Ansicht Besniers unwahrscheinlich erscheinen mufs, dafs es ganz indifferent bleibt.

Damit ist aber die ganze Schwierigkeit noch nicht gelöst; es bleibt nämlich noch übrig, einen dunklen Punkt zu beleuchten, und dieser betrifft die Frage von der „individuellen Idiosynkrasie", welche die Pathogenese der therapeutischen Exantheme wie aller Erytheme überhaupt beherrscht.

Die Medikamente, welche Hautveränderungen hervorzurufen vermögen, sind aufserordentlich zahlreich. So hat Lewin in seinem *„Handbuch der Pharmakologie"* unter 402 Medikamenten 204 (50,7%) aufgezählt, welche

in dieser Weise wirken.[8] Andererseits steht dieser grofsen Zahl pathogener Medikamente eine relativ geringe Menge von Individuen gegenüber, die befähigt sind, diese pathogene Wirkung zu empfinden. Aufserdem konstatiert man in der Art und Weise, wie sich diese letztere kundgiebt, solche Unterschiede von einem Individuum zum anderen bei Anwendung desselben Medikaments, dafs GRANCHER behaupten durfte, ein jeder mache seine eigene Eruption durch je nach seiner spezifischen Idiosynkrasie.

Man begreift deshalb gut, wie man bei der Auffassung der Pathogenese dieser Exantheme, sowie der polymorphen Erytheme überhaupt zu solchen komplizierten und elastischen Theorien Zuflucht nehmen konnte.

Es mufs jedoch bemerkt werden, dafs es zur Lösung dieser Schwierigkeit nicht nötig ist, der Wirkung des Medikaments resp. seiner Zusatz- oder Zersetzungsprodukte jede Bedeutung abzusprechen. Die Idiosynkrasie könnte nämlich in einer besonderen Reizbarkeit der Gefäfse oder der anderen Hautgewebe gegenüber dem Medikamente bestehen; oder es könnte sich dieselbe darin kundgeben, dafs das Medikament statt nach den üblichen Eliminationswegen nach der Haut oder hier in stärkeren Proportionen als gewöhnlich geführt wird; oder diese Idiosynkrasie könnte endlich auf eine besondere Beschaffenheit des Organismus zurückzuführen sein, kraft welcher das Medikament zu rasch resorbiert und auf die Haut irritierender einwirken würde als unter normalen Verhältnissen. Dergleichen Vermutungen lassen sich nun noch eine ganze Reihe aufstellen; dieselben sollten alle wohl erwogen und auf Grund der bisher beobachteten Fälle in Betracht gezogen werden, bevor man zur Behauptung berechtigt ist, dafs auch die medikamentösen Erytheme durch Antointoxikationen bedingt sind und bevor man zu ihrer Erklärung zu der nunmehr allzu abgedroschenen und ungenügenden Hypothese der „Angioneurosen" Zuflucht nimmt.

Bibliographie.

BROCQ, Éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine. *Annales de derm. et de syph.* 1894, pag. 308.

JULLIEN, Éruption antipyrinique. *Annales etc.* 1894, pag. 434.

---

[8] LEWIN, *Betrachtungen über Arzneiausschläge.* II. internat. Kongrefs f. Dermatol. Bericht, pag. 244.

Vergl. KÖBNER, Über Arzneiexantheme. *Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph.* 1877, pag. 573. — BEHREND, Bemerkungen über die Pathogenese der Arzneiausschläge. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1879. No. 42. — PELLIZZARI, Di alcune eruzioni cutan. dovute all' azione patogenica dell' ioduro di potassio. *Lo Speriment.* 1880 u. 1884. — UNNA, BROOKE, NEUMANN etc., Nature des exanthèmes médicamenteux. *Annales de dermatol. et de syphiligr.* 1890, p. 672. — LEWIN, l. c.

Hallopeau, Récidives périodiques in situ d'érythème polymorphe. *Annales etc.* 1894, pag. 1105.
— Récidives in situ d'érythème polym. Ibid. pag. 1251.
Guillaud, Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine. *Thèse de Paris*, 1894.
Morel-Lavallée, Placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyriné récidivant sur place. *Annales etc.* 1895, pag. 325.
Dubreuilh, Érythème fixe causé par l'antipyrine. *Archives clin. de Bordeaux*, Aug. 1895.
Ballin, Description d'une assez bizarre éruption d'antipyrine. *Journ. des malad cut. et syph.* 1896, pag. 49.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus der Praxis.

Handekzem und Waschen der Hände.

Von

P. G. Unna.

Bei Wäscherinnen, Dienstboten und Handarbeitern, insbesondere Maurern, Krämern, Bäckern und Schriftsetzern, gehören bekanntlich Handekzeme zu den hartnäckigsten Leiden. Zu der Hartnäckigkeit des chronischen Ekzems an sich kommt hier die gröfsere Dicke der Oberhaut an den Händen und deren stärkere Wucherung bei allen entzündlichen Hautaffektionen hinzu, sodann aber die Handarbeit mit ihren für die Hornschicht schädlichen Folgen, die allen übrigen ekzematösen Hautprovinzen erspart sind. Diese Faktoren bedingen eine so viel schwierigere und langsamere Heilung der Handekzeme, dafs die meisten Ärzte wenigstens die Elimination eines Hauptfaktors — der Handarbeit — als conditio sine qua non der Heilung überhaupt betrachten. Das Aufgeben der berufsmäfsigen Handarbeit ist aber für die Betreffenden meistens mit grofsen Opfern verbunden und auch diese würden noch gerne ertragen, wenn nicht die vom Ekzem geheilte oder nahezu geheilte Haut, wenn sie während der Behandlung von der Arbeit entwöhnt wurde, bei Wiederaufnahme derselben unter ihren Schädlichkeiten gewöhnlich um so stärker zu leiden hätte, so dafs ein Recidiv unvermeidlich eintritt.

Bei dieser Sachlage scheint es — da die Lehrbücher darüber schweigen — dringend geboten, auf eine ganz unnötige Schädigung hin-

zuweisen, welche sich diese Patienten fast immer unwissentlich zuziehen und welche häufig genug sie und die Ärzte zu dem Glauben verleiten, dafs das Aufgeben der Handarbeit eine unbedingte Notwendigkeit sei. Diese Schädigung besteht im Waschen der Hände am Morgen und am Tage während der Arbeit; wird dieses unterlassen, so kann in den meisten Fällen die Handarbeit ruhig gestattet werden. Es ist nicht das Waschen der Hände überhaupt, welches man zu untersagen hat; im Gegenteil wirkt eine von Zeit zu Zeit vorgenommene Reinigung auch auf das Ekzem der Hände günstig, falls die letzteren nur nicht sofort der Luft und anderen Schädlichkeiten ausgesetzt werden. Denn mit jeder Waschung, besonders aber derjenigen schmutziger Arbeiterhände ist eine Entfettung der Hornschicht verbunden. Der Luft ausgesetzt trocknet dieselbe ein, die ekzematöse Hornschicht erhält feine Einrisse und grofse Rhagaden, die nicht nur die Schmerzen und die Hyperämie vermehren, sondern dem Staub und allen schädlichen Agentien der Handarbeit geradezu die Eingangspforte öffnen.

Daher ist es ein seit vielen Jahren in meiner Praxis bei allen Handekzemen — nicht nur denjenigen der Handarbeiter — konsequent durchgeführter und bewährter Grundsatz, alle Waschungen auf den Abend unmittelbar vor die nächtliche Behandlung zu verlegen.

Je mehr die Hände bei Tage zur Arbeit gebraucht werden, um so mehr mufs man natürlich die Nacht zu einer energischen Behandlung ausnutzen. Die raschesten Erfolge werden bei der Dicke und Trockenheit der Oberhaut der Hände selbstverständlich erzielt durch fettige Applikationen mit nachfolgender impermeabler Bedeckung. Ob man Hebrasche Salbe, Zinkschwefelpaste, Chrysarobin-, Teer- oder die ganz vorzüglichen Pyraloxinsalben, ob man Zinkichthyol-Salbenmulle oder Salicyl-Seifen-Pflastermulle zu diesem Zwecke braucht, stets mufs man durch eine nachfolgende Einwicklung der Hände mit Guttaperchapapier, Wachsleinewand, Valoleum und ähnlichem oder Bedeckung mit Gummihandschuhen eine Eintrocknung der Hornschicht verhindern, wenn man eine sichere und rasche Heilung erzielen will.

Ehe man die Hände dieser nächtlichen Hauptbehandlung aussetzt, findet die Reinigung der Hände statt. Im Hinblick auf die folgende Einsalbung hat man sich auch nicht im mindesten zu scheuen, dieselbe so gründlich wie möglich vorzunehmen. Man wird warmes oder heifses Wasser und Seife benutzen, die gesunden Hautstellen kräftig mit der Bürste, die ekzematösen nur, soweit es nötig, reinigen, eine besondere Pflege mit Bürste und Schere den Nägeln und Unternagelräumen widmen und bei Arbeitern mit grober Handarbeit zum Zwecke gründlicherer Reinigung die Hände vorher stark einölen lassen. Alle diese Prozeduren sind ja der ekzematösen Haut an und für sich nicht schädlich, sondern werden es nur,

wenn die Hände nachträglich der Luft und dem Staube ausgesetzt werden, während sie, am Abend angewandt, der unmittelbar darauf folgenden Nachtbehandlung nur wohlthätig vorarbeiten, indem sie die Hornschicht für die medikamentöse Wirkung geradezu vorbereiten.

Eine Reinigung der Hände am Morgen nach Abnahme des Verbandes, welche besonders zu fürchten ist, thut nunmehr auch nicht not. Der grobe Schmutz ist — selbst bei Arbeitern — am Abend gründlich beseitigt worden und die Fettsalbenreste der nächtlichen Behandlung lassen sich bis auf Spuren einfach durch Abwischen beseitigen. Gerade diese Spuren bilden aber eine zweckmäfsig die Hände für die Tagesarbeit einhüllende und schützende Decke und sind durchaus nicht gewaltsam von der Hornschicht der ekzematösen Stellen zu entfernen. Im Gegenteil besteht die beste Behandlung während der Tagesarbeit in einer oftmaligen Einfettung derselben mit festen Salben oder Pasten, z. B. einem Wachssalbenstifte, der Zinkschwefelpaste u. s. f. Wo grobe Handarbeit nicht in Frage kommt, bleibt es am besten bei einer ein- oder mehrmaligen solchen Einfettung. Handarbeiter müssen allerdings unter Umständen, z. B. vor dem Essen, ihre Hände von groben Verunreinigungen befreien. Hierzu genügt aber immer einfaches Abreiben mit Öl und nachheriges Trockenwischen. Sollte eine Seifenreinigung in einzelnen Fällen nicht zu umgehen sein, so müssen die Hände vorher eingeölt und nachher noch einmal eingefettet und trocken abgewischt werden. Am besten für Ekzemhände ist aber das absolute Verbot des Waschens tags über und seine Beschränkung auf einen gründlichen Reinigungsakt unmittelbar vor der nächtlichen Behandlung. Das einfache Umgehen der gewohnten Morgenwaschung auf diese Weise ermöglicht allein schon die erfolgreiche Behandlung der meisten Handekzeme trotz fortgesetzter Handarbeit.

Eine selbstverständliche Ausnahme von dieser Regel scheinen die Handekzeme bei Wäscherinnen und solchen Dienstboten zu machen, welche die Hände mehrfach und längere Zeit am Tage mit Wasser und Seife energisch in Kontakt bringen müssen. Aber auch hier habe ich die Beobachtung gemacht, dafs nicht sowohl der Kontakt mit warmem Wasser und Seife selbst, als wie die darauf folgende unzweckmäfsige Eintrocknung der Hornschicht in Berührung mit Luft und Staub die wesentliche Schädigung darstellt. Wenn daher, was allerdings nicht so leicht durchzusetzen ist, die Hände in der Arbeitspause sofort regelrecht mit Salben behandelt werden und unmittelbar nach Abschlufs der Wascharbeit die nächtliche Salbeneinwicklung erhalten, so kann man auch hier gute therapeutische Resultate erhalten, ohne die Handarbeit auszusetzen. Selbstverständlich wird man auch in diesen Fällen gut thun, die ekzematösen Partien vor dem Waschen mit einem schwer verseifbaren Fett, wie dem Wachsstift oder Adeps lanae einreiben zu lassen.

Regelmäfsig mufs nach Heilung des Handekzems eine Pflege der Hände folgen, welche, ohne Medikamente weiter in Gebrauch zu ziehen, das hier auseinandergesetzte Prinzip des Waschens konsequent durchführt, welches sich in folgende Worte kurz zusammenfassen läfst: Keine Waschung der Hände ohne darauf folgenden impermeablen Fettverband, und daher: Ersatz der gewohnten Waschung morgens durch eine gründliche Reinigung abends.

Versammlungen.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Januar 1898.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* 1898. No. 5.)

Einen Fall von primärem multiplen, idiopathischen Pigmentsarkom demonstriert Holländer. Der 80jährige Patient zeigt einen Tumor an der Innenseite des zweiten Fingers der linken Hand, der reichlich lymphatisches Sekret absondert. Die Umgebung ist dunkelblaurot, infiltriert, ebenso die gegenüberliegende Fläche des dritten Fingers, die auch einige Knötchen zeigt. Der ganze zweite Finger scheint in ein lymphokavernöses Gewebe aufgelöst; man kann tiefe Dellen eindrücken, die sich schnell wieder ausgleichen. Auf dem Dorsum der linken Hand und beider Füfse sieht man vielfache, flächenhafte, blaurote Infiltrate, in der Mucosa des harten Gaumens, an der Zunge, am linken Augenlid blaurote Tumoren.

Über eine Schul- und Hausepidemie von Alopecia areata berichtet Blaschko. Acht Knaben sind nacheinander an Alopecia areata erkrankt; zwei von diesen wohnen in einem Hause, drei sind sehr intime Spiel- und Schulgenossen derselben. Alle acht Knaben besuchen dieselbe Berliner Gemeindeschule. Kompliziert wird die Sache dadurch, dafs der Vater des einen Knaben Barbier ist und einigen dieser Knaben die Haare geschoren hat. Eine Übertragung steht wohl aufser Zweifel; dieselbe könnte durch die Schule, das gemeinsame Spiel oder den Barbier vermittelt sein. Diese kleine Epidemie erinnert an die in Frankreich häufiger gesehenen Epidemien von Alopecia areata und die neuesten Sabouraudschen Untersuchungen. Der Einwand, dafs es sich hier um Herpes tonsurans oder Seborrhoe gehandelt haben könnte, ist abzulehnen, da sicher das typische Bild von Alopecia areata vorliegt. — In der Diskussion erhebt Behrend doch Bedenken, ob wirklich eine Alopecia areata vorliegt. Er hat noch niemals Anhäufungen in Familien oder Schulen gesehen.

Über die Blennorrhoebehandlung Prostituierter spricht Behrend. Die grofse Zahl neuer Heilmittel gegen die Blennorrhoe hat bisher keine besseren Erfolge gezeitigt, als man sie früher gehabt. Die antibakterielle Therapie erzielt nichts Besseres als die Behandlung mit Adstringentien, wahrscheinlich weil die antibakteriellen Mittel nicht im stande sind die Gewebe zu durchdringen, die Gonokokken zu finden und zu vernichten. Das älteste und stärkste Antisepticum, das Sublimat, lehrt schon, dafs der Effekt im Reagensglase nicht mafsgebend ist für die Resultate beim Lebenden. Demgegenüber konstatiert der Vortragende aber als feststehend: 1. Die akute Blennorrhoe beim Manne kann bei Ruhelage, Eisapplikation, Injektion milder Adstrin-

gentien in kurzer Zeit heilen, sodafs klinische Symptome und Gonokokken verschwinden. 2. Beim Weibe sieht man entweder dauerndes oder intermittierendes Schwinden der Gonokokken bei Fortbestand der klinischen Symptome, oder ein Schwinden der letzteren bei Fortbestand der Gonokokken oder ein Schwinden beider zugleich. — Es fragt sich nun, inwieweit man bei Prostituierten, die einer Zwangsbehandlung unterliegen, den pathologischen Befund zum Ausgangspunkt des Eingreifens machen darf. Hier tritt zu der wissenschaftlichen Frage noch die rechtliche, da die Zwangsbehandlung doch nur zulässig ist, so lange Ansteckungsfähigkeit vorhanden ist. Nun hält Neisser die Blennorrhoe und die Ansteckungsfähigkeit für erloschen, wenn keine Gonokokken gefunden werden, auch wenn klinische Symptome vorhanden sind. Dagegen ist nach den Gynäkologen der Gonococcus ein schwankender Faktor und nicht für die Beurteilung der Heilung mafsgebend. Redner acceptiert den letzteren Standpunkt. — Die klinischen Symptome der Blennorrhoe bei Prostituierten sind in zwei Gruppen zu teilen: erstens in die akute Blennorrhoe mit Gonokokkenbefund und zweitens in diejenige Form, bei der purulentes Sekret aus Urethra und den Bartholinischen Drüsen oder dem Cervix vorhanden ist bei zweifelhaftem Gonokokkenbefund. — Das klinische Bild der akuten Blennorrhoe variiert, je nachdem es sich um Personen mit intaktem oder oberflächlich eingerissenem Hymen handelt, oder um solche mit klaffender Rima und weiter Vagina. Im ersteren Falle findet man Vulvovaginitis mit kopiöser, klebriger, die Wäsche grün färbender Absonderung, Schwellung und Rötung der Labien und des Hymens. Hier genügt eine Behandlung der Vulva mit eingelegten Wattebäuschchen. Bald gesellt sich aber oft eine Urethritis und eine Affektion der vorderen Teile der Vagina. Durch Spülungen kann jetzt eine Infektion der tieferen Teile erzeugt werden. Erosionszustände an Vulva und Vaginalschleimhaut, Schwellungen der Talgdrüsen, Bildung follikulärer Geschwüre (Maculae blennorrhoicae Sänger) können hinzukommen. In erster Reihe empfänglich für die Blennorrhoe scheint das Vestibulum vaginae beim Weibe zu sein. Auch bei klaffender Vagina erkrankt zuerst die Vulva, dann die Vagina. Bei chronischen Formen findet man oft Eiter in der Urethra ohne Entzündung und Schwellung oder Bartholinitis oder eitrigen Cervikalkatarrh mit zähem, fadenziehenden, schwach gelblichen Sekret. Für die Diagnose hat sich dem Vortragenden die Gonokokkenuntersuchung bei chronischen Fällen nicht bewährt; die klinischen Symptome sind die wichtigeren. Die Behandlung erfordert Einlegen von Wattebäuschchen und Spülungen mit Alaunlösungen, Eingiefsen von 10% Chlorzinklösung bei Affektion der tieferen Teile. Die akute Urethritis heilt meistens von selbst, ebenso die Bartholinitis. Die Vaginitis mit Verlust des Epithels und starker Sekretion ist schwerer zu heilen. Jodoform ist von Nutzen. Die chronischen Eiterungen zu heilen ist fast unmöglich, wenn es auch gelingt, die Gonokokken zu beseitigen. Ist man nun berechtigt, Prostituierte, bei denen ein- bis zweimal keine Gonokokken gefunden wurden, zurückzubehalten? Man wird diese Fragen bejahen, wenn man die klinischen Erscheinungen zum Ausgangspunkt nimmt. Allerdings kann man da mit dem Richter in Konflikt kommen, wie ein in Breslau vorgekommener Fall beweist. Vortragender kommt zu dem Schlusse, dafs die Gonokokkenuntersuchung nur da einen positiven Wert hat, wo sie überflüssig ist, in den anderen Fällen aber so unzuverlässig ist, dafs man auf sie verzichten kann.

Brosse stimmt dem Vortragenden in Bezug auf die Bedeutung der Gonokokken zu; als sicher nicht kontagiös sind nur die Fälle zu bezeichnen, in denen Gonokokken und klinische Erscheinungen fehlen. Letztere hängen in akuten Fällen ab von dem Stadium, in dem sich die Blennorrhoe des Mannes befindet; wo diese floride ist, wird Vulva und Urethra zuerst infiziert. Es kann aber auch der Cervix ohne Affektion der Vulva primär erkranken. Bei der akuten Vulvovaginitis wird die Vulva tüchtig

abgeseift und mit Desinficientien abgespült. Vor Scheidenausspülungen muſs man sich im allgemeinen hüten, um nicht Vagina und Uterus zu infizieren. Gut wirkt die Jodoformgazetamponade, welche zweimal wöchentlich erneuert wird. — Buschke verteidigt die Neisserschen Anschauungen über die antiseptische Behandlung der Blennorrhoe. Auch Neisser hält die Blennorrhoe nicht für geheilt, so lange klinische Symptome vorhanden sind, sondern nur für nicht ansteckungsfähig, sobald die Gonokokken verschwunden sind. Auch in chronischen Fällen gelingt wenigstens die zeitweilige Unterdrückung der Gonokokken, hier ist eine ambulatorische Behandlung genügend. Die Beseitigung der klinischen Symptome ist nicht so wichtig, da sie die Männer zur Vorsicht mahnen. Die Behauptung der leichten Heilbarkeit der akuten Blennorrhoe und das Vorkommen unheilbarer chronischer Fälle ist ein Widerspruch.

Aus dem Schluſsworte des Vortragenden sei folgendes hervorgehoben: Er betont, daſs er nur über die Behandlung der Blennorrhoe bei Prostituierten mit Rücksicht auf den Rechtsstandpunkt gesprochen und gezeigt habe, daſs der Gonokokkenuntersuchung hier kein Wert beizumessen ist. Die antiparasitäre Behandlung habe bisher nicht mehr geleistet, wie diejenige mit Adstringentien. Die schnelle Aufeinanderfolge der antiblennorrhoischen Mittel, deren Anpreisung auf Grund ungenügender Erfahrung geiſselt er in drastischer Weise und sucht darzulegen, wie die ganze antiparasitäre Therapie bei der Blennorrhoe bisher Fiasko gemacht hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein für innere Medizin in Berlin.

(*Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1898, No. 13. Vereinsbeilage No. 9.)

v. Golz stellt einen Fall von konstitutioneller **Syphilis** vor, der sich durch eine groſse Intoleranz gegen Quecksilber und frühzeitige Neigung zum ulcerösen Zerfall der Papeln auszeichnete. Die Epiglottis verschwand vollkommen; dann bildete sich unter energischer Quecksilberbehandlung ein pleuritisches Exsudat; als das resorbiert war, trat ein Spitzenkatarrh auf, der aber nie Tuberkelbacillen im Sputum ergab; die Patientin wurde sehr elend, der Vomer stieſs sich los, es trat Schwellung des Kniegelenkes auf, die auf erneute Schmierkur zurückging; nach sechs Wochen Schwellungen im Ellbogengelenk, die zu ihrer Beseitigung wiederum eine achtwöchentliche Schmierkur verlangten. Jetzt ist sie geheilt.

Herr Goldscheider sprach über **Lepra** und **Syringomyelie**. An der Hand von drei vorgestellten Fällen entwickelte er die Differentialdiagnose beider Erkrankungen, die erhebliche Schwierigkeiten bietet; die vorgestellten Fälle waren sämtlich durch Anästhesien, Verkrüppelungen und Verkleinerungen durch Gewebsschwund an den Extremitäten und sonstige trophische Störungen ausgezeichnet, ganz wie man sie bei Lepra findet; sie waren aber nie in Lepragegenden gewesen, hatten nirgends verdickte Nervenstämme, auf keine Art und Weise lieſsen sich Leprabacillen nachweisen.

Rost stellte einen Fall von **Erythromelalgie** vor. Die Patientin erkrankte vor vier Jahren plötzlich mit heftigem Brennen unter den Fingernägeln der linken Hand, das allmählich sehr heftig wurde, während äuſserlich nichts zu sehen war. Ärztliche Behandlung brachte keine Besserung. Allmählich fingen die Finger an zu schwitzen, wurden ödematös, die Haut ist im Bereiche des Nervus medianus dunkelblau, an anderen Fingern hellrot bis cyanotisch verfärbt und fühlt sich an den hellroten Stellen heiſs, an den anderen kalt an. Auch im Bereiche des Nervus ulnaris und radialis finden sich einige Flecken. Es findet sich kein Zeichen eines lokalen oder allgemeinen Nerven- oder Gehirn- resp. Rückenmarksleidens. Vortragender möchte mit Dehio seinen Fall ansehen als bedingt durch einen Erregungszustand in der grauen Substanz der Hinter- und Seitenhörner des Rückenmarks, und entsprechend dieser Theorie, als eine Erregung der Vasodilatatoren.

F. Hahn-Bremen.

New Yorker Akademie der Medizin.

Sektion für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* März 1898.)

Einen **Fall von Initialsklerose der Zunge** demonstriert Dr. Foot. Die Halsdrüsen der verheirateten Patientin sind geschwollen. Sie klagte viel über Kopfschmerzen. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens des Primäraffekts ergab nichts Bestimmtes. Unter Projoduretpillen ging die Schwellung der Halsdrüsen zurück und besserten sich die Kopfschmerzen. Die Infektionsquelle konnte mit Bestimmtheit nicht eruiert werden.

Dr. J. van der Poel demonstriert 1. einen **modifizierten Janetschen Sterilisator** und 2. **Albarans Urethrotom.** — An die Demonstration schliefst sich eine sehr lebhafte Diskussion der anwesenden Mitglieder an.

Dr. Henry Heiman spricht über **weitere Studien über den Gonococcus,** auf Grund deren er zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Der Gonococcus kann auf gewissen Nährböden ca. 82 Tage lebend erhalten werden. 2. Der Gonococcus kann von einem Kulturmedium auf das andere transplantiert werden. Vortragendem gelang dies 25mal. 3. Fünfzehn Fälle von chronischer Urethritis wurden vollständig frei von Gonokokken gefunden. 4. Die Behauptungen von Straus, Pescione und Eraud, dafs die Gonokokken in der normalen Urethra sich vermehren, ist nicht hinreichend erwiesen. 5. Die bezüglichen Experimente am neugeborenen Kaninchen und Kätzchen fielen negativ aus.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. November 1897.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* März 1898.)

Dr. Lustgarten stellt vor: 1. einen **Fall von Tuberculosis des Gesichts, behandelt mit Kochs modifiziertem Tuberkulin-R.** In den ersten drei Wochen waren die Resultate sehr ermutigend. Später traten trotz erhöhter Injektionsdosis dennoch neue Efflorescenzen auf, während die älteren fast gar keine Reaktion zeigten. 2. einen **Fall von multiplem, idiopathischen Sarcoma haemorrhagicum (Kaposi).** Der Patient ist ein 65jähriger Mann mit zahlreichen Tumoren an den oberen und unteren Extremitäten, besonders an Fingern und Zehen. Der Ausschlag trat nach den Angaben des Patienten vor 18 Monaten auf. Es hat jedoch den Anschein, als ob einige Tumoren schon älteren Datums seien. Die Affektion begann in Form von kleinen harten Massen an der Innenfläche der Oberschenkel, hierauf zeigte sich Schwellung und Entfärbung der Unterschenkel und eine sklerodermische Infiltration der Haut. Die mikroskopische Untersuchung der Gewächse ergab, dafs sie Spindelzellensarkome waren. Die Behandlung besteht gegenwärtig in Injektionen von Natriumarsenat.

Dr. Allen demonstriert einen **Fall von disseminiertem Carcinom des Rumpfes.** Die Patientin ist eine alte Frau, deren rechte Brust vor mehreren Jahren wegen Carcinom vom Vortragenden amputiert worden. Vier Jahre nach der Operation zeigte sich an der operierten Stelle ein Knoten, dem in kurzer Zeit sowohl an der Vorder- wie Hinterfläche des Thorax andere nachfolgten. Auch die linke Brustdrüse ist gegenwärtig befallen. Die Knoten sind fest, bisweilen schmerzhaft. — Dr. Morrow bemerkt, dafs, wenn die Patientin so lange lebe, sich wahrscheinlich die ausgesprochen bösartige Form des „Cancer en cuirasse" entwickeln werde.

Dr. Morrow stellte eine 28jährige Frau vor mit **Scleroderma**. Der Fall ist schon im *Archives of Dermatology*, April 1879, von Dr. N. P. Gibney als ein „Fall von Scleroderma oder Morphoea mit Hemiatrophia facialis, Alopecia areata und Canities“ publiziert worden. — Dr. Bronson sieht nicht ein, weshalb der Fall mit Scleroderma bezeichnet wird, da doch die atrophischen Stellen solchen der Sklerodermie wenig ähnlich sehen und wahrscheinlich vom Centralnervensystem ausgingen. — Dr. Johnston meint, der Fall müfste mehr den Neurologen als den Dermatologen interessieren.

Dr. Elliot demonstriert einen **Fall zur Diagnose**. Die Patientin, eine 33jährige Frau, deren Mutter an Auszehrung gestorben ist, zeigt einen an den Armen lokalisierten Ausschlag, welcher aus isolierten, tiefsitzenden, verschieden grofsen, nicht scharf begrenzten Efflorescenzen von zäher Konsistenz besteht. Im Beginn ist die Haut nicht gerötet, aber während der weiteren Entwickelung der Efflorescenz wird sie bläulich rot. Bisweilen tritt Erweichung ein, und wenn ein Knötchen dann eröffnet wird, so fliefst zuerst etwas Eiter, dann käsige Materie heraus. Einige sind spontan aufgegangen. Der Ausschlag ist, mit Ausnahme einer einzigen Efflorescenz am Oberschenkel, auf die Arme beschränkt geblieben. Vortragender hält den Prozefs für einen tuberkulösen. — Derselben Ansicht sind Dr. Allen, Gilchrist, Lustgarten. Letztere wollen jedoch, ehe sie die bestimmte Diagnose auf **Scrophuloderma** stellen, das Resultat der mikroskopischen Untersuchung erfahren. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 4.

I. **Grundzüge der operativen Hydronephrosenbehandlung**, von Paul Wagner.

II. **Geheilter Fall von Hydrocele communicans funiculi spermatici**, von Feleki. Der 17jährige Patient hatte in der rechten Hälfte des Hodensackes eine ovoide, fluktuierende Geschwulst, die ihren Umfang oft wechselte und mit klarer Flüssigkeit angefüllt war. Gegen den Hoden war sie vollkommen abgeschlossen, schien dies auch gegen den Leistenring zu. Doch liefs sich bei passender Lagerung und ebenso durch Druck auf die Schwellung deren Inhalt langsam in die Bauchhöhle entleeren. Es bestand also zweifelsohne eine enge Kommunikation mit der freien Bauchhöhle. (Der Descensus testiculi war erst im dritten Lebensjahre erfolgt.) Verfasser heilte den Fall dadurch, dafs er nach sorgfältiger Entleerung des Inhalts in die Bauchhöhle einen Kompressivverband anlegte und dann zur Vorsicht einige Wochen lang ein Bruchband tragen liefs. Dadurch obliterierte die Kommunikation.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 4.

1. **Anurie infolge eines Steines und Vorhandensein nur einer Niere**, von Albertin. Anschliefsend an den von Legueu aufgestellten Satz: „Anurie tritt ausschliefslich bei Individuen auf, die nur mit einer Niere leben,“ teilt der Verfasser

einen Fall von totaler Anurie mit, der am 8. Tage letal endete, nachdem tags vorher die Nephrotomie ausgeführt worden war. Die Sektion ergab chronische infektiöse Entzündung der linken Niere, das Nierenbecken war dilatiert, mit eiterhaltigem Urin gefüllt und durch einen grofsen ziemlich weit in den Ureter hineinragenden Stein vollständig abgeschlossen. Die rechte Niere war vollständig atrophisch, höchstens daumenglied grofs, sie bestand nur aus einer Bindegewebsschicht, die drei kleine Steine umschlofs. Die Anurie war hervorgerufen durch die vollständige Verlegung des Ureter durch den Stein. — Der rasche tödliche Ausgang in dem beschriebenen Falle war die Folge des zu späten Eingreifens. Man mufs operieren, sobald die Anurie konstatiert ist, weil sonst sehr bald Intoxikationserscheinungen auftreten und weil die Funktionsfähigkeit der Niere sich rasch vermindert. Die Nephrotomie bei Anurie hat die gleiche Bedeutung wie die Tracheotomie bei der Larynxstenose. Kann man den Stein nach Ausführung der Nephrotomie nicht entfernen, so mufs man die Ureterotomie anschliefsen.

2. **Die Bedeutung des Orthoforms in der Behandlung der schmerzhaften Blasenaffektionen**, von Noguès. Die Wirkung des Orthoforms wurde vom Verfasser hauptsächlich in Bezug auf die Schmerzen geprüft, die der Urinentleerung vorausgehen, sie begleiten oder ihr folgen. Es wurden bei zwölf Kranken mit Cystitis täglich zwei, nur ausnahmsweise drei Einspritzungen mit Orthoformglycerinlösung gemacht: Bei zwei Kranken wurden die Schmerzen heftiger, bei drei Patienten hatte das Medikament gar keine Wirkung. In fünf Fällen ergab sich nach den ersten Einspritzungen eine Verminderung, nach den folgenden Einspritzungen aber bald eine bedeutende Zunahme der Schmerzen. Diese Veränderung in der Wirkung wurde wahrscheinlich dadurch hervorgerufen, dafs in der Blase durch den Zutritt von Urin Orthoform aus der Lösung gefällt wurde und die Anhäufung desselben die Schmerzen vermehrte. Bei zwei Kranken endlich wurden die Schmerzen im Verlaufe der Behandlung mit Orthoform bedeutend geringer; wahrscheinlich mufs jedoch diese Besserung der gleichzeitig durchgeführten diätetischen Behandlung zugeschrieben werden. — Nach diesen Erfahrungen scheint Orthoform das so sehr gewünschte Anästhetikum der Blase nicht zu sein.

3. **Beitrag zur Kenntnis der Syphilis des Uterus**, von Legrain. Der Verfasser wurde von einer 38jährigen Frau, III para, konsultiert, der wegen interstitieller Uterusfibrome die Hysterektomie vorgeschlagen worden war. Die Kranke war im Verlauf eines Jahres stark abgemagert, fühlte sich sehr elend und hatte heftige Schmerzen im Unterleib. Die Periode war seit einem Jahre ausgeblieben, dagegen waren wiederholt starke Metrorrhagien erfolgt. Die Zahl der roten Blutkörperchen war bedeutend vermindert. Das Collum uteri war voluminös, hart, blafs, zeigte keine Ulcerationen. Der Uterus war gleichmäfsig vergröfsert, nicht höckerig, sehr hart, etwas schmerzhaft, beweglich. An den Adnexen nichts Abnormes. Das Vorhandensein eines papulös-squamösen Syphilids an den Knien und Ellbogen führte zur Diagnose: parenchymatöse Metritis syphilitischer Natur; durch den Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung wurde die Richtigkeit der Diagnose bestätigt. Der Allgemeinzustand besserte sich, die Schmerzen hörten auf, der Uterus wurde kleiner, die Periode kam wieder. — Zwei Fälle, bei denen Befund und Erfolg der Therapie ganz ähnlich sind wie bei dem hier beschriebenen Falle, wurden der eine von Montanier und Velpeau, der andere von Gelli veröffentlicht. Es erscheint daher wahrscheinlich, dafs die Lues sich doch nicht so selten am Corpus uteri manifestiert, wie bisher angenommen wurde.

4. **Bemerkungen zu Rovsings klinischen und experimentellen Studien über die Krankheiten der Harnwege**, von Melchior. Rovsing hat in seiner Arbeit

über die Krankheiten der Harnwege aufser anderen Autoren seinen Landsmann Melchior mehrfach angegriffen, und dieser antwortet darauf in dem vorliegenden Artikel, der daher teilweise den Charakter einer persönlichen Polemik trägt. Melchior wirft Rovsing mangelhafte Beobachtung und grofse Willkür in der Benutzung der vorhandenen Symptome zur Stellung der Diagnose vor. Im übrigen nimmt Melchior in allen strittigen Punkten einen dem Rovsingschen entgegengesetzten Standpunkt ein. Er behauptet, dafs die Unschädlichkeit der Colibakterien bei Bakteriurie aller Wahrscheinlichkeit nach darauf beruht, dafs es sich dabei um eine nicht virulente Form von Bacterium coli handelt. Wenn aber bei Pyelitis, die durch die virulente Form von Colibakterien hervorgerufen ist, Cystitis fehlt, so liegt das daran, dafs das Vorhandensein virulenter Mikrobien nicht ausreicht, um eine Cystitis hervorzurufen; die Blasenschleimhaut mufs aufserdem irgendwie, sei es durch Retention oder durch ein Trauma oder durch Kongestionszustände für die Infektion vorbereitet sein. Ferner bestreitet Melchior die behauptete Unschädlichkeit der Colibakterien dem Nervenparenchym gegenüber und stützt sich dabei besonders auf die von Rovsing selbst beschriebenen Fälle. Bezüglich der Pyelitis mit Cystitis bestreitet Melchior, dafs die urinzersetzenden Mikrobien gerade durch ihre Fähigkeit, den Urin zu zersetzen Cystitis hervorrufen, und dafs die Colibakterien nicht im stande sind, eine vorher gesunde Blasenschleimhaut so zu verändern, dafs sie selbst Cystitis bewirken können. In Bezug auf die Blasenentzündungen leugnet Melchior das Vorkommen einer rein katarrhalischen, nicht eitrigen Cystitis und damit die Richtigkeit der Rovsingschen Einteilung. Die Fälle, welche Rovsing für rein katarrhalische Cystitis hält, weil Eiter im Urin vollständig fehlt, erklärt Melchior für vesikale Bakteriurie. Aus seinen eigenen Beobachtungen bei Cystitis zieht er folgende Schlüsse: 1. Bacterium coli findet sich am häufigsten von allen Mikrobien bei Cystitis. 2. Ammoniurie findet sich zwar sehr häufig bei Cystitis, ist aber nur eine sekundäre Erscheinung. 3. Der Urin kann während des ganzen Verlaufs der Krankheit sauer bleiben, auch wenn die Cystitis ausschliefslich durch urinzersetzende Mikrobien hervorgerufen ist. 4. Bei jeder wirklichen Cystitis enthält der Urin Eiterkörperchen, wenn auch nur in minimaler Menge.

5. **Bemerkungen zu Rovsings klinischen und experimentellen Studien über die infektiösen Krankheiten der Harnwege,** von Albarran und Hallé. Die Verfasser heben hervor, dafs Rovsing in diesen Studien im Gegensatz zu seiner 1889 erschienenen Abhandlung über die Blasenentzündungen zugiebt, dafs die Colibakterien sich sehr häufig in pathologischen Harnen finden, und dafs sie in den verschiedenen Teilen der Harnwege pathogen wirken können, wenn er auch die pathogene Fähigkeit nur in ganz beschränktem Mafse anerkennt. Es besteht also zwischen Rovsing und anderen Autoren bezüglich der Rolle der Colibakterien bei den Krankheiten der Harnwege nur mehr Meinungsverschiedenheit über den Grad und die Frequenz ihrer pathogenen Fähigkeit. — Die Verfasser üben an verschiedenen Einzelheiten der Rovsingschen Arbeit Kritik. Sie bestreiten ebenfalls das Vorkommen einer rein katarrhalischen, nicht eitrigen Cystitis und lehnen schon aus diesem Grunde die von Rovsing gegebene Einteilung der Blasenentzündungen ab.

6. **Über eine neue Kanüle für die Spülungen der Pars anterior der Urethra,** von Luarez de Mendoza. Der Verfasser beschreibt eine neue Kanüle, die eine vollständige Spülung der Pars anterior der Urethra ermöglicht, ohne dafs Spülflüssigkeit und mit derselben eventuell Keime in den hinteren Teil der Urethra und in die Blase gelangen. Die cylindrische oder birnenförmige Kanüle besteht aus zwei koncentrischen Röhren: durch die innere Röhre läuft die Flüssigkeit ein, während die äufsere voluminösere dem Abfluſs dient; in der Mitte des Querdurchmessers der

letzteren ist eine Öffnung, durch welche die Flüssigkeit abläuft. Die äufsere Röhre ist an dem in die Urethra einzuführenden Ende konisch, die innere mufs 1½ mm länger sein als die äufsere, damit diese durch die Schleimhaut nicht verlegt werden kann. Bei sehr schwachem Sphincter kann es ausnahmsweise vorkommen, dafs Flüssigkeit in die hintere Harnröhrenpartie und in die Blase kommt; man mufs dann den Irrigator niedriger stellen. — Spülungen mit dieser Kanüle sind auch an Stelle der Zweigläserprobe zu empfehlen, um zu erkennen, ob vorhandene Fäden aus dem vorderen oder hinteren Teile der Harnröhre kommen: man spült zuerst den vorderen Teil sorgfältig aus, fängt aber die ersten 100 g der Spülflüssigkeit gesondert auf, nach der Spülung läfst man urinieren; enthält der Urin Fäden, so stammen dieselben aus der hinteren Partie der Urethra.

7. **Ein Fall von Prostatitis, wahrscheinlich glandulärer Form, neben hartnäckiger Urethritis blennorrhoica**, von PICARD. Der Verfasser konstatierte bei einem 23jährigen Manne, der seit zwei Jahren eine Blennorrhoe mit andauernd starkem Ausflufs hatte, eine enorm vergröfserte Prostata mit vollkommen unegaler Oberfläche, die sich anfühlte, wie „wenn man mit einem Finger über eine Reliefkarte der Schweiz fährt". Die Konsistenz war etwas weicher als die fibrösen Gewebes. Dabei war die Prostata vollkommen schmerzlos, die Urinentleerungen erfolgten leicht und ohne Schmerzen, ebenso die Stuhlentleerungen. Die Sekretion der Prostata war nicht vermehrt, Tuberkelbacillen waren nicht vorhanden. Die Blennorrhoe wurde durch lange fortgesetzte Spülungen mit Kaliumpermanganat zur Heilung gebracht, der Befund an der Prostata blieb der gleiche. Es handelte sich wahrscheinlich um glanduläre Prostatitis. *Göts-München.*

The British Journal of Dermatology.

April 1898.

Ein Fall von „Angio-Keratoma", von WILLIAM ANDERSON. Das Angio-Keratom, wie es zuerst COTTLE, später CROCKER, C. FOX, MIBELLI, PRINGLE, DUBREUILH, TOMMASOLI, THIBIERGE, AUDRY, JOSEPH, FORDYCE und andere beschrieben haben, kann definiert werden als eine multiple, kapilläre Angiektasie, welche zur Bildung von kleinen tumorartigen Prominenzen unter der Haut hinneigt. Sie ist fast ausschliefslich an Händen oder Füfsen oder an beiden und ausnahmsweise an anderen Körperteilen lokalisiert. An den Händen und Füfsen gesellt sich fast immer eine Neigung zu Frostbeulen und bisweilen zu einer mehr oder weniger starken lokalen Asphyxie hinzu. Die darüber liegende Epidermis erfährt eine warzige Verdickung, woher die Bezeichnung „Keratom" rührt. Aber an anderen Körperstellen, die von der Affektion befallen werden, ist die Hauthypertrophie nicht vorhanden, weshalb sie nicht als wesentliches Merkmal des Leidens angesehen werden kann. Beide Geschlechter können in gleicher Weise befallen werden, am häufigsten das Kindes- und Knabenalter und hier wiederum hauptsächlich schwächliche Individuen. Für eine Reihe von Jahren schreitet die Affektion vorwärts, um gewöhnlich vor Eintritt der Pubertät zum Stillstand zu kommen. Spontane Rückbildung oder vollständiges Verschwinden der Efflorescenzen ist nur in einem von C. Fox beschriebenen Falle beobachtet worden. Die Affektion ist selten von Schmerzen, Jucken oder anderen subjektiven Symptomen begleitet. In vielen Fällen werden mehrere Mitglieder derselben Familie von der Krankheit befallen, doch ist bis jetzt ein Fall von direkter Vererbung derselben nicht beschrieben worden. Bei dem vom Verfasser beobachteten Patienten war eigentümlich die ausgedehnte Verteilung, das fast vollständige Freibleiben der Hände und Füfse und das Fehlen jeder Neigung zu Frostbeulen oder lokalen Cirkulationsstörungen.

Der Zustand hat dem Patienten so wenig Beschwerden bereitet, daſs er es nicht für nötig befunden hat, einen Arzt zu konsultieren; erst durch das Auftreten eines Neuroms am Oberschenkel fühlte er sich beunruhigt. Das Zusammentreffen der Affektion mit einer kongenitalen Deformität der Hände mag vielleicht nur ein zufälliges sein, obgleich ein ähnlicher Zustand, eine kongenitale Kontraktion des kleinen Fingers bei einem der von Dubreuilh publizierten Fälle bestanden hat. Dem vorliegenden Falle gleicht am meisten der von Fordyce beschriebene, bei welchem ebenfalls das Scrotum der Sitz der Affektion war. — Im folgenden wird die Krankengeschichte des in Rede stehenden Falles ausführlich mitgeteilt. — Die Angiektasien erscheinen als zahllose Punkte und Papeln von purpurroter Farbe über die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller und Fuſssohlen zerstreut. Ihre Gröſse variiert von der eines Punktes bis zu Hirsekorngröſse. Die gröſsten Efflorescenzen befinden sich am Scrotum und an der inneren Seite des linken Oberschenkels, die kleinsten und am wenigsten zahlreichen am Thorax, an den Händen und Füſsen. Die gröſsten sind halbkugelig, purpurfarben, von weicher Konsistenz und auf Druck teilweise sich entleerend, zeigen jedoch keine warzige Verdickung der Epidermis. Die kleinsten sind nicht palpabel und sehen aus wie Flohstiche. Jucken besteht nicht. Die Bezeichnung von Thibierge „Acro-teleangiectasia“ hält Verfasser, wenn auch nicht für schön, so doch für wissenschaftlicher als „Angio-Keratoma“.

C. Berliner-Aachen.

Archives of Surgery, von Jonathan Hutchinson.

Band VII, 1896.

1. Heft (Januar bis März).

Atrophie des Hodens nach akuter Epididymitis ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis, und im Anschluſs an einen selbst beobachteten, genau beschriebenen Fall, wo bei einem 80jährigen Manne die Schwellung des Hodens allmählich einer beinahe völligen Atrophie Platz machte, berichtet H. aus der Litteratur über 8 weitere Fälle, wo u. a. auch Orchitis (syphilitischen Ursprungs) so schlimme Folgen zeitigte.

Die sog. **Framboesia cromwelliana**, auch Sivvens in Irland genannt, ist nach der Ansicht von H. ebenso wie die norwegische Radesyge eine rein syphilitische Affektion, und zwar dürfte es sich da immer um eine schwere Art der Erkrankung, meist durch extragenitale Infektion hervorgerufen, wie es häufig bei den schlechten hygienischen Wohnungs- und Lebensgewohnheiten der Landbevölkerung sei, handeln. Mit der tropischen Framboesie (= Yaws) ist diese nicht identisch. K. wendet sich auch gegen die Ausdrucksweise syphiloid, welche zuweilen gebraucht werde; die Syphilis sei eine einheitliche, allerdings in ihren Symptomen sehr mannigfaltige Erkrankung, von syphilisähnlichen Fällen zu sprechen sei aber nicht angängig.

Seinem Landsmanne Wilson folgend, hält Hutchinson noch an dem Krankheitsbilde der Morphoea fest und beschreibt einen Fall von sog. **Morphoea herpetiformis** von ganz auſserordentlicher Verbreitung, seit bereits 7 Jahren bei einem Arbeiter bestehend. Beinahe die ganze Hautfläche von Rumpf und Extremitäten war, mit Ausnahme der Finger, Hohlhand, Fuſssohlen und des Verbreitungsgebietes des N. trigeminus, von den verdickten gerötеten Stellen bedeckt, welche beide Körperhälften symmetrisch einnahmen. Die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges der Affektion mit den Nervenendigungen, also deren nervöser Ursprung, sei nicht von der Hand zu weisen.

Von kasuistischen Fällen seien erwähnt: 1. **Blennorrhoischer Rheumatismus** im Zusammenhang mit Gicht bei einem 28jährigen Manne, in dessen Familie letztere

erblich ist. Für H. besteht kein Zweifel, daſs diese hereditäre Disposition vorhanden sein muſs, um bei Blennorrhoe rheumatische Komplikationen hervorzurufen. 2. **Initialaffekt an der Unterlippe**, aus drei in einer Reihe stehenden indurierten Geschwüren bestehend; die Infektion soll bei einem Barbier zu stande gekommen sein, entweder durch das Rasiermesser selbst, was H. unwahrscheinlich dünkt, oder durch das benutzte Handtuch. 3. **Syphilis ohne Schanker**; 22jähriger Mann zeigte papulösmakulöses Exanthem ohne die Spur eines Primäraffektes oder von Lymphdrüsenschwellung; Quecksilberkur 1½ Jahre hindurch, Heilung, keine weiteren Erscheinungen im Laufe der folgenden 3 Jahre. 4. **Syphilis hereditaria**, Ringwurmzunge im Alter von 5 Jahren; wie die anamnestischen Daten und die 4 Jahre vorher vorgenommene Untersuchung des Kindes ergaben, war die erworbene Syphilis bei demselben zweifellos, hatte aber keine anderen Symptome gezeigt wie früher Ozaena und nun die ganz charakteristische Zungeneruption, welche, seit langem bestehend, stets nach Einreibung von Quecksilber verschwand, um bald wieder zu erscheinen. Das Kind hatte seine ersten Zähne noch völlig und wohlerhalten; mit Ausnahme einer etwas eingesunkenen Nase bot sein sonst sehr hübsches Gesicht keine Eigentümlichkeit.

2. Heft (April bis Juni).

In einer längeren Abhandlung über **Yaws**, welche im 1. Hefte schon beginnt, führt H. zur Einleitung die Litteraturquellen an, welche zum Studium dieser Krankheit dienen könnten, und nimmt eine Art Revision derselben vor, wie sie Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts erschienen sind. Der Kernpunkt der Frage ist, ob Yaws eine, besonders in gewissen Tropenländern vorkommende, spezifische Krankheit oder ob sie Syphilis, durch Rasse, Klima und die Art der Infektion (extragenitale) modifiziert, ist. H. neigt sich unbedingt letzterer Ansicht zu. Um ein kurzes Bild der Krankheit zu geben, so wird sie durch Berührung übertragen und hat ein sog. Primärgeschwür, es folgt dann ein febriles Stadium mit erythematösem oder schuppendem Ausschlag, nach diesem erscheinen die typischen, überall am ganzen Körper zerstreuten, schwammartigen Geschwüre oder papillomatöse Wucherungen und schlieſslich, nach vielen Monaten oder Jahren, in vielen Fällen Tertiärerscheinungen in Form von Gummata. Quecksilber und Jodkalium gelten als spezifische Mittel, besonders in dem späteren Stadium der Krankheit. Um die Ähnlichkeit derselben mit Syphilis zu vervollständigen, so fehlen papilläre Wucherungen keineswegs bei den unter den Europäern vorkommenden Syphilisfällen, die Neigung dazu könnte übrigens mit einer Rasseneigentümlichkeit erklärt werden, da Neger und andere schwarze Rassen eine ausgedehnte Entwickelung von Papillen haben. Als Gründe dafür, daſs Yaws eine selbständige Krankheit ist, mögen andererseits folgende angeführt werden: 1. Die einmütige Ansicht aller lokalen Beobachter. 2. Der Beginn der Krankheit in früher Kindheit — dies, sehr gewöhnlich durch extragenitale Infektion, dürfte wohl auf die mangelhafte Kinderpflege und Sorgfalt bei den uncivilisierten Völkern zurückgeführt werden. 3. Sie ist erblich, nicht übertragbar — dazu sind noch genauere Beobachtungen nötig, ebenso wie zu 4. einige Symptome der Syphilis fehlen gänzlich bei Yaws, was auch mit Rasseneigentümlichkeiten zusammenhängen kann. 5. Letztere wird selten durch den geschlechtlichen Verkehr acquiriert, der Primäraffekt sitzt meist an den Lippen, Brust oder Extremitäten, weil eben 50% der Befallenen Kinder sind. 6. Der Primäraffekt ist nie eine Induration — diese findet man auch bei Syphilis nur (? Ref.) an den Geschlechtsteilen, welche bei Yaws aus den angeführten Gründen selten der Sitz desselben sind. 7. Yaws ist nicht begleitet von Drüsenschwellungen — auch bei Syphilis sind dieselben nicht so regelmäſsig, wie allgemein angenommen wird. 8. Yaws ist viel mehr spontaner Heilung

zugänglich wie Syphilis. Der strikte Beweis, daſs Yaws und ähnliche Affektionen, wie Radesyge (Norwegen), Sibleery (Irland), Pavangi (Ceylon), welche unter der armen und hygienisch vernachlässigten Bevölkerung besonders gern und unter Neigung zu papillomatösen Wucherungen vorkommen, von Syphilis grundverschieden sind, kann nur damit erbracht werden, daſs beide Arten gleichzeitig oder kurz nacheinander bei einem und demselben Individuum beobachtet werden, und darüber fehlt noch genauer Bericht. Für die von HUTCHINSON vertretene Ansicht spricht immerhin, daſs ausgesprochene Fälle von Yaws ihren Weg nicht nach Europa finden und in den Gegenden, wo sie vorherrscht, Europäer völlig von ihr verschont zu bleiben pflegen. Fünf beigefügte Farbendrucke geben ein treffliches Bild von dieser Tropenaffektion.

In einem weiteren Artikel kommt H. zu dem Schlusse, daſs auch **Morula**, eine besonders am behaarten Kopfe beobachtete „maulbeerartige" Geschwulst, nichts anderes als Syphilis sei.

Die Kasuistik wird durch folgende Fälle bereichert: **Syphilis mit Facialisparalyse und Taubheit.** Die beiderseitige Lähmung des N. facialis trat im zweiten Stadium der Krankheit, die Taubheit ebenso auf, ohne daſs für letztere ein Lokalbefund zu eruieren war, und reiht sich der Fall verschiedenen anderen von H. beobachteten an, wo ebenfalls im Frühstadium der Syphilis die gedachten Erscheinungen sich einstellten. Auf Hg. und KJ. erfolgte Heilung mit Ausnahme bleibender Taubheit auf einem Ohre. — Eine ganz **eigenartige Hauteruption** (zahlreiche indurierte, bläulich verfärbte Knötchen, welche die beiden Unterextremitäten überziehen), 6 Monate **nach einem zweiten Schanker** und 12 Jahre nach einer vollständigen Syphilisattacke. Einige Wochen später bedeckten ähnliche Knoten auch die Arme; die Affektion hält auch weiter an, ohne in Verschwärung überzugehen und ohne daſs die spezifischen Mittel eine Änderung brachten. — **Erneute Induration an der Stelle eines früheren Schankers nach 4½ Jahren** ward bei einem Manne beobachtet, welcher verheiratet war, drei ganz gesunde Kinder hatte und dessen Frau keine Spur von Ansteckung zeigte. Die Behandlung muſste, in reichlicher Gabe von Hg und Jodkalium bestehend, beinahe ein Jahr lang fortgesetzt werden, bis endlich die Sklerose verschwand. Eingetretene Salivation war und ist nie für H. Veranlassung, die Hgkur auszusetzen.

3. Heft (Juli bis September).

In einer Abhandlung über die **RAYNAUDsche Krankheit** bringt H. drei selbst beobachteten Fälle, von welchen zwei wohl die symmetrische Gangrän an Fingern und Zehen, aber keineswegs die eigentlichen RAYNAUDschen Zeichen — anfallsweise Kontraktionen der Extremitätenarterien, im ersten Stadium zu dunkelblauer Kongestion und im zweiten zu Blässe, und schlieſslich bei ausnahmsweise ernsten Fällen zu Gangrän der Finger führend — aufwiesen. Während die zwei genannten Fälle sonst gesunde jüngere Männer betrafen und in Heilung nach 1- resp. 3jähriger Dauer des Leidens ausgingen, handelte es sich bei dem dritten Falle um einen 80jährigen Mann, bei dem Arterienverkalkung und Herzerkrankung vorhanden waren und schlieſslich der Tod, nachdem sämtliche Finger und Zehen gangränös geworden waren, eintrat. 3 Farbendrucke stellen in trefflicher Weise die 3 Fälle dar, anhangsweise sind noch kurz eine Reihe der von RAYNAUD selbst beschriebenen Fälle wiedergegeben.

Über **Lepra, speziell deren Entstehung durch die Art der Nahrung.** Aus einer Anzahl von Berichten, welche H. aus den meisten Ländern, wo Lepra herrscht, gesammelt hat, erscheint es ihm zweifellos, daſs die Weiterverbreitung derselben durch gewohnheitsmäſsigen Genuſs von Fischen, besonders gepökelten, bedingt ist. Mit der Zunahme des katholischen Glaubens im Mittelalter und den damit verbundenen zahl-

reichen Fasttagen, wo geräucherte Fische eine regelmäfsige Kost waren, sei die grofse Ausbreitung der Lepra Hand in Hand gegangen. Noch heute soll in manchen katholischen Gemeinden Lepra herrschen, während anliegende Gebiete frei sind (Spanien, Portugal, Kreta, Sizilien, Teile von Frankreich u. s. w.). In manchen Ländern, wie China, Hawai, unter den Somalis u. s. w., ist die Volksmeinung eine weitverbreitete, dafs der Genufs von frischen wie geräucherten Fischen den Ausbruch der Lepra begünstige. Die weiteren Schlüsse, welche H. aus seiner Sammelforschung zieht, sind 1. dafs die Krankheit in manchen Ländern endemisch herrscht, ohne dafs aber ein Beweis für direkte Übertragung gegeben ist, und 2. in Ländern, wo die Seuche geherrscht hat, aber nun erloschen ist, dies nicht durch Absperrungsmafsregeln, sondern unter dem Einflusse der erhöhten Civilisation, in anderen Worten, durch Änderung der Nahrung erreicht wurde.

Unter die Hautkrankheiten, welche periodisch wiederkehren, rechnet H. aufser Erysipel, Erythema multiforme, Psoriasis vulgaris, Lichen planus auch das von ihm aufgestellte Krankheitsbild des **Cheiropompholyx**, welcher, wie der Name besagt, auf die Innenfläche der Hand und Finger lokalisiert ist und hauptsächlich in der Bildung von Bläschen und Blasen besteht. Von anderer autoritativer Seite wird bekanntlich behauptet, dafs es sich hier nicht um eine spezielle Erkrankung, sondern um ein Ekzem, durch Hyperhidrosis verursacht, handle. H. bringt nun wiederum 3 Fälle: ein 14jähriges Mädchen, bei welchem die Affektion 8 Jahre hindurch in Intervallen bestanden; ein 33jähriger Mann hat innerhalb 10 Jahren 3 Anfälle gehabt und bei diesem war trotz der zahlreichen Blasen keine Spur von Ekzem zu konstatieren. Der dritte Fall betraf einen ca. 45jährigen Mann, bei welchem das Leiden alle 6 Monate wiederkehrte; eine zweimonatliche Arsenikkur brachte im ersten Falle Heilung.

Erneute Induration an der Stelle von früheren Schankern verdiente nach H. mehr Aufmerksamkeit, als bis jetzt geschehen. Er beobachtete in letzter Zeit 4 Fälle dieser Art, wovon er 3 selbst von dem Primäraffekt ab in Behandlung hatte und bei welchen die erneute Induration resp. 2, 6, 7 und 19 Jahre nach demselben auftrat. Obwohl sie meist knorpelhart, betrachtet sie H. als Gummata oder Tertiärerscheinungen; Hgkuren bringen sie meist zum Verschwinden.

Über Paraplegie nach Syphilis. (Fortsetzung folgt im nächsten Bande.)

4. Heft (Oktober bis Dezember).

Eine weitere Besprechung der Hautkrankheiten, welche periodisch wiederkehren, enthält einen Fall von **Cheiropompholyx**, mehrere genauer beschriebene Fälle von **Erythema**, wovon einer (Erythema papulatum gen.) während 37 Jahre verschiedene Rückfälle hatte, die übrigen erysipelartiges Erythema und drei Erythema nodosum betrafen, und einen Fall eines blasenartigen Ausschlags an Händen und Füfsen, welcher 4 Jahre hindurch jeden Sommer zweimal zum Ausbruch kam und dann 14 Tage bis 2 Monate dauerte.

Auch **Yaws** wird nochmals, besonders nach den Arbeiten einiger Ärzte von Ceylon, Venezuela, Ostindien, der Geschichte der Krankheit auf den Fidji-Inseln besprochen, und Hutchinson kommt wiederum, obwohl ein Teil dieser Ärzte sie für eine spezielle Krankheit halten, zu dem Schlusse, dafs es sich dabei nur um eine modifizierte Form von Syphilis handle.

Hebras Bubo oder Prurigo Bubo ist eine weiche Drüsenschwellung in der Inguinalgegend, meist beiderseits, in Fällen von gleichzeitiger pruriginöser Affektion der Unterextremitäten; er bietet ein ganz spezielles Bild, wie die beigegebene

Zeichnung des von H. beobachteten Falles lehrt, und ist von schlechter prognostischer Bedeutung.

Eine Reihe kasuistischer Beiträge, wie **Lupus vulgaris von Zahnfleisch und Gaumen**, charakteristische **Zungenaffektion bei Sekundärsyphilis**, beide Fälle durch vortreffliche Farbendrucke illustriert, u. a. m. enthält noch dieses 4. Heft.

Stern-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

April 1898.

I. **Ein Fall von Monilithrix mit ungewöhnlicher Verteilung**, von T. Caspar Gilchrist. Walther Smith (Dublin) war der erste, welcher im Jahre 1879 „einen seltenen knotigen Zustand der Haare" beschrieb und seine Beobachtungen in folgenden Sätzen resumierte: 1. Es besteht nur geringe Neigung zu partiellem Abbrechen der Cuticula oder bürstenartiger Spaltung der Rinde. 2. Die knotigen Haare sind sehr zahlreich. 3. Wenn das Haar abbricht, so geht das Bruchende durch eine Einschnürung und niemals durch einen Knoten. 4. Die Knoten bilden den dunkelsten Teil des Haares. 5. Sie sind sehr zahlreich und folgen aufeinander, wie die Perlen einer Halskette. — Seitdem sind in der Litteratur von Crocker, McCall Anderson, Sabouraud und anderen Autoren analoge Fälle publiziert worden. Der Verfasser beschreibt im folgenden einen typischen Fall der Affektion bei einem jungen Arzte und teilt ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der affizierten Haare mit. Die bemerkenswertesten Punkte in diesem Falle werden, wie folgt, zusammengefaßt: 1. Das, abgesehen von der Haaraffektion, im übrigen ausgezeichnete Wohlbefinden des Patienten, dem in keiner Weise irgendwelcher Mangel an Reinlichkeit vorgeworfen werden kann. 2. Die Krankheit begann bei dem Patienten, als derselbe 17 Jahre alt war, also weit später als in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle. Crocker behauptet, daß die Affektion in den meisten Fällen angeboren ist. 3. Die vollkommen symmetrische Verteilung ist besonders bemerkenswert. Kein bisher publizierter Fall zeigte eine solche Symmetrie an anderen Körperregionen als auf der Kopfhaut. 4. Die Anwesenheit einer schwachen Keratosis pilaris. 5. Das Haarfragment war entweder glatt oder fasrig, der letztere Zustand betraf nur die Cuticula. 6. Wenn ein Zug auf ein Haar ausgeübt wurde, so brach dasselbe an einer Einschnürung und nicht in der Gegend eines Knotens entzwei und hinterließ ein bürstenartiges Ende. 7. An den Einschnürungen schien mehr Pigment vorhanden zu sein als an den Knoten. Diese Beobachtung widerspricht direkt derjenigen früherer Autoren, ausgenommen Lesser, welcher die Farbe der Knoten als hell bezeichnet und dieselbe auf die Anwesenheit von Luft zurückführt. 8. Die Knoten sind zahlreich und sehr regelmäßig, aber nicht immer von derselben Länge. 9. Das Fehlen jedes Beweises einer Ansteckung oder hereditären Belastung. 10. Die spontane Heilung. Am rechten Oberschenkel kehrten alle Haare wieder, nachdem fast neun Jahre Kahlheit bestanden hatte. 11. Nirgends waren Zeichen von Kahlheit oder auch nur von Verdünnung der Kopfhaare vorhanden. 12. Keine Ursache der Krankheit konnte entdeckt werden. Der Bacillus der Trichorrhexis nodosa (Hodaras) war nicht aufzufinden. Klinisch, pathologisch und bakteriologisch ist sie von dieser ganz verschieden. — Die Monilithrix nimmt ihren Ausgang im Haarfollikel, sehr nahe der Papille und ergreift erst sekundär den Haarschaft. Die vorhandene Hyperkeratosis follicularis scheint ebenfalls sekundärer Natur zu sein, weil sie in anderen Haarfollikeln nicht angetroffen wurde. Ob die Atrophie der Talgdrüsen primär oder sekundär ist, läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Die symmetrische Verteilung der Affektion läßt auf einen tophoneurotischen Ursprung derselben schließen.

II. **Ein Fall von Impetigo herpetiformis (Hebra) bei einem Manne**, von H. H. Whitehouse-New York. Der 39jährige Patient kam im August 1893 in die Behandlung des Verfassers. Damals zeigte er alle Anzeichen eines intensiven universellen Ekzems von papulösem Charakter mit ausgesprochener Röte, ödematöser Schwellung und Infiltration der Haut. Am Stamme war reichliche, kleienförmige Abschuppung vorhanden. Die Hände und Füfse waren geschwollen, die Haut der Beine bläulich-rot infolge von Stase, die Augenlider ödematös, sehr gerötet, bedeckt mit trockenen Schuppen, ebenso die Ohren. Der Patient klagte über intensives Brennen und Jucken. Der Urin enthielt weder Eiweifs noch Zucker, dagegen reichliche Urate. Unter der Behandlung mit alkalischen Mixturen innerlich und einer 2%igen Salicylzinksalbe besserte sich etwas der Zustand, aber nur für kurze Zeit, denn schon nach zehn Tagen entwickelten sich unter Schüttelfrost, Fieber, allgemeinem Unwohlsein des Patienten Gruppen von Pusteln am Abdomen und an den unteren Extremitäten. Derartige Attacken wiederholten sich mit kurzdauernden Remissionen einige Male bis in die neueste Zeit hinein, nur trat in den letzten Jahren der ekzematöse Charakter gegenüber dem pustulös-impetiginösen mehr und mehr zurück. Schliefslich war die Affektion ausgezeichnet durch aufeinander folgende, mit Schüttelfrost und Fieber sich einleitende Ausbrüche von ganz kleinen, höchstens bis stecknadelkopfgrofsen Pusteln, welche sich zu Gruppen anordneten, deren Centrum unter Bildung von schmutzig braunen Krusten eintrocknete, während in der Peripherie sich neue Pusteln entwickelten. Durch Konfluieren benachbarter Gruppen kommt es zur Bildung ausgedehnter, mit dicken, braunen Krusten bedeckter Plaques. Hier und da sind die Krusten abgefallen und haben eine glatte, feuchte, intensiv rote Fläche zurückgelassen. Stellenweise ist die Haut excoriiert und schmerzhaft, aber nirgends bemerkt man eigentliche Ulcerationen. Die Nägel sind mit Ausnahme eines Fingers alle abgefallen. Der Zustand des Patienten ist höchst bejammernswert. — Der Fall entspricht seiner Beschreibung nach den fünf von Hebra publizierten Fällen, nur betrafen diese sämtlich gravide oder gebärende Frauen.

III. **Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen**, von J. B. White-New York. Die Mafsnahmen, welche gewöhnlich bei den Urethralstrikturen in Anwendung kommen, sind folgende: 1. Allmähliche, unterbrochene Dilatation. 2. Kontinuierliche, allmähliche Dilatation. 3. Interne Incision. 4. Externe Incision. 5. Die Elektrolyse. — Der Verfasser bespricht eingehend die Indikationen für die einzelnen Mafsnahmen und beschreibt an der Hand einiger prägnanter Fälle aus seiner Praxis die Ausführung der nicht operativen und operativen Eingriffe bei der Behandlung der Strikturen.

IV. **Zwei Fälle von Arsenpigmentation**, von W. A. Hardaway-St. Louis. Fall 1 betrifft einen 25jährigen Studenten der Medizin, der seine Occipitalneuralgie mit verschiedenen Mitteln ohne Erfolg behandelt und schliefslich zu Arsenik gegriffen hatte. Er nahm von der Fowlerschen Lösung dreimal täglich drei Tropfen. Bei dem Versuche, die Dosis zu erhöhen, bekam er eine schwache Conjunctivitis. Ohne sich jedoch durch dieselbe stören zu lassen, erhöhte er die Dosis nach und nach bis auf zwölf Tropfen dreimal täglich. Eines Tages bemerkte er an den Oberschenkeln, am Gesäfs und in der Lendengegend einen makulopapulösen Ausschlag. Das Exanthem dehnte sich in den nächsten 10 bis 12 Tagen weiter aus, bis der Patient mit der Arsenmedikation aufhörte. Als der Verfasser denselben zum ersten Male sah, zeigte er eine allgemeine braune Verfärbung der Haut, die jedoch bei näherer Besichtigung als aus kleinen gesonderten Flecken bestehend sich erwies. Die Gesichtsfarbe des Patienten war die einer dunkelroten Indianerhaut. Fall 2 betraf ein neunjähriges Mädchen, welches eine eigentümlich schmutzig braun oder grau gefleckte

Haut zeigte. Die Patientin hatte gegen ihre Epilepsie bereits längere Zeit hindurch Solutio Fowleri eingenommen. Der Ausschlag war an denselben Stellen wie im ersten Falle lokalisiert. — In beiden Fällen war der dunkleren Pigmentation der Hautstellen erst eine rote Verfärbung derselben mit nachfolgender Desquamation vorausgegangen. Verfasser schliefst aus dieser Thatsache, die auch durch andere Autoren bestätigt worden ist, dafs die Pigmentation auf eine vorangehende Entzündung gewisser Hautstellen zurückzuführen ist und sich genau auf diese letzteren beschränkt. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Wissenschaftliche Arbeiten, gewidmet Prof. Schwimmer anläfslich seines 25jährigen Docenten-Jubiläums.

Mit zahlreichen Textabbildungen. (Budapest, 1897. V. Hornyánszky.)

Referiert von A. Alpár(Aschner)-Budapest.

Am 12. Dezember 1897 wurde der Jubilar durch zahlreiche Deputationen Budapester Gesellschaften und Vertreter verschiedener Institute beglückwünscht und welch' tragisches Schicksal, kaum dafs das erste Rauschen seines Jubelfestes verging, erkrankte Prof. Schwimmer, um nie wieder zwischen denen erscheinen zu können, die ihn stets verehrten und ihm als eines der vielen Zeichen ihrer Anhänglichkeit, Wertschätzung und Liebe unter obigem Titel einen stattlichen Band litterarischer Arbeiten an seinem Jubilartage als Ehrengeschenk überreicht haben, dessen einzelne Arbeiten im folgenden kurz besprochen sein mögen.

Die Entwickelung der Dermatologie in Ungarn, von S. Bóna. Die Entwickelung der ungarischen Dermatologie, sowie die übrigen Wisschenschaften hatten einen schweren Stand, indem das Land Jahrhunderte hindurch mit der Invasion der Türken anzukämpfen hatte und dadurch auch die Universitäten zu Grunde gingen, so dafs speziell die Ärzte ihre Ausbildung bis zum Jahre 1770 im Auslande suchen mufsten. Seit dieser Zeit erst, nachdem Maria Theresia eine Universität gründete, kann von einer Entwickelung der Dermatologie in Ungarn gesprochen werden. Plenck war der erste, der ein systematisches dermatologisches Werk geschrieben und dies auch in lateinischer Sprache. Erst nach dem 3. Decennium dieses Jahrhunderts haben sich die Wissenschaften in ihrer Muttersprache zu entwickeln begonnen, es entstanden ungarische ärztliche Gesellschaften und Fachzeitschriften. Da kam aber wieder das verhängnisvolle Jahr 1848 dazwischen und erst seit dem Ausgleiche der Nation mit ihrem Könige im Jahre 1867 bekam die Budapester Universität einen rapiden Aufschwung. — Bereits in den 50er Jahren wurde auch bei uns die Institution der Docenten eingeführt; im Jahre 1858/59 wurde als erster Docent Emerich Poor für Dermatologie und Syphilographie ernannt. Im Jahre 1871 wurde nun Schwimmer als zweiter Docent ernannt. In dieser Zeit konnte Schwimmer das zahlreiche Material Budapests nicht verwerten, da sowohl seitens der Behörden als auch seitens der Spitaldirektion diesem Zweige der medizinischen Wissenschaften mit einer ziemlichen Indolenz entgegengetreten worden ist. Nach langem Kampfe wurde ihm im Jahre 1875 das Barakenhospital (für akute Infektionskrankheiten) zugeteilt, in welcher Zeit er mehrere gediegene Arbeiten lieferte. Zu Lehrzwecken konnte er diese Ab-

teilung schwer verwenden schon wegen ihrer sehr entlegenen Lage, und so mufste er seine Lehrthätigkeit in einer Poliklinik der alten Universität, welche ein kleines Zimmer bildete, entfalten. Im Jahre 1879 bekam er den Titel eines aufserordentlichen Professors, und erst im Jahre 1892 gelang es SCHWIMMER, durch seinen Fleifs und Ausdauer eine Lehrkanzel für Dermatologie und Syphilographie zu erringen, welche zwar heute noch auf eine Ambulanz beschränkt ist, aber in Verbindung gebracht mit der ihm im Jahre 1885 im St. Stephan-Hospital eingerichteten modernen Hautkrankenabteilung mit 130 Betten, vorläufig die dermatologische Klinik ersetzen mufs, den Lehrzwecken aber bereits grofse Dienste leistet. SCHWIMMER ist es auch zu verdanken, dafs die Dermatologie heute in Ungarn bereits eine anerkannte und hervorragende Disciplin bildet und er wufste auch derselben im Auslande sowohl durch seine gewinnenden persönlichen Eigenschaften, als auch infolge seiner wissenschaftlichen Thätigkeit, deren zahlreiches Register Verf. zum Schlusse aufgezählt hat, Geltung zu verschaffen. Vor 3 Jahren bildete er noch die dermatologische und urologische Gesellschaft, welche als wichtiger Faktor bei der Heranbildung der jüngeren Kräfte eine ziemliche Rolle spielt.

Über einen neuen Fall von multiplem papulo-tuberkularen Xanthom, von T. DE AMICIS. Patient, der 40 Jahre alt ist, bemerkte die ersten Zeichen seiner Erkrankung vor 12 Jahren, indem er auf dem Gaumen gelbliche Flecken bemerkte, später auf den Armen; mit den Jahren verbreitete sich der Prozefs auf mehrere Körperstellen. In seiner Familie ist eine ähnliche Erkrankung nie vorgekommen, in der Jugend litt er an Malaria. — Die Eruptionen sind folgendermafsen lokalisiert: In der Nasenregion kleine blafsgelbe Tuberkel, auf dem Halse circa 20 kleine rötliche Punkte, über beiden Ellenbogen und Knien symmetrisch verteilt sind circa 100 kleine wachsgelbe Geschwülstchen, ähnliche symmetrische Veränderungen auf beiden Handgelenken, zahlreiche, nur andeutungsweise gelbliche Fleckchen auf dem übrigen Körper. Die Leber nimmt physiologische Grenzen ein, der Harn enthält normale Bestandteile. Die histologische Untersuchung und klinische Beobachtungen führen Verfasser zur Annahme, dafs das Wesen des Xanthoms bis heute noch unaufgeklärt ist, aus speziellen Elementen besonderer Färbung zusammengestellt ist und in keiner Beziehung mit der fettigen Degeneration steht.

Freundschaft und Dermatologie, von BARTHÉLEMY. I. In diesem einleitenden Teile begrüfst Verfasser den Jubilar als einen derjenigen Dermatologen, der nicht nur im Auslande durch emsigen Fleifs und persönliche Eigenschaften sich Freunde zu verschaffen verstand, sondern auch im eigenen Vaterlande eine hervorragende Stellung und eine selbständige Schule gründete. II. Nach dieser Einleitung erörtert Verfasser in einer Abhandlung *„De re dermatologica“* die Ätiologie und Pathologie der Erytheme und der Seborrhoe im allgemeinen, welche er in dem Tone einer geistreichen Kauserie behandelt, und auch daselbst hebt er hervor die Verdienste, welche sich Prof. SCHWIMMER in der Aufklärung der Ätiologie und Pathologie dieser Erkrankungen erworben hat.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit Salicin, von H. RADCLIFFE CROCKER. Verfasser machte Versuche mit Salicin bei verschiedenen Hautkrankheiten und erzielte bei einzelnen aufserordentlich gute Erfolge. Das Salicin wird in der Regel sehr gut vertragen, greift den Magen-Darmkanal nicht an, Salicineruptionen auf der Haut sah er nur ausnahmsweise. So behandelte er ca. 200 Fälle von Psoriasis und verglich die Wirkung mit Arsen und Thyroidtabletten. Währenddem bei Arsenbehandlung in so manchen Fällen die einzelnen Efflorescenzen sich noch vermehren und die bereits bestehenden sich noch vergröfsern, kann bei Salicindarreichung beobachtet werden (3—6 g täglich), dafs der Prozefs einen Stillstand

zeigt und nach kurzer Zeit nach dem gewöhnlichen Typus der Psoriasisbildung abheilt. Die besten Resultate erreichte er bei der Psoriasis guttata, weniger gute bei der Psoriasis der Kopfhaut und auch dort, wo nur einzelne chronische Plaques vorhanden waren; hier mufste die lokale Behandlung nachhelfen. Die Heilungsdauer betrug 6 Wochen bis 3 Monate. — Bei Lichen planus-Fällen wurden so ziemlich ähnliche Resultate erzielt, 4 Fälle sind damit behandelt worden. — Weiterhin wurden 4 Fälle von Pityriasis rosea behandelt; bei dieser Affektion betrachtete Verfasser, dafs das Salicin geradezu als Specificum wirkte. — Bei einem Falle von Hydroa herpetiformis, der 11 Monate hindurch vergeblich mit Arsen behandelt wurde, bildete sich der Prozefs in 2 Monaten (3 g pro Tagesdose) gänzlich zurück. — Bei Pityriasis rubra pilaris wurde eine Besserung erzielt, dagegen war das Salicin bei Eccema acutum ganz nutzlos. — Bei einem ausgesprochenen und ausgebreiteten Fall von Lupus erythematodes wurde im Verlaufe von 2 Monaten eine bedeutende Besserung erzielt. Die Wirkung des Salicins führt Verfasser auf dessen antibakterielle Eigenschaft zurück, hauptsächlich bei solchen Hautaffektionen, bei denen Mikrobien eine Rolle spielen.

Über Acrodermatitis continua, von H. Hallopeau. Verfasser beschrieb im Jahre 1897 unter diesem Namen einen Fall, dessen charakteristische Eigenschaft darin besteht, dafs die Efflorescenzen hauptsächlich auf den Fingern und Zehen lokalisiert sind; dieselben recidivieren stets auf diesen Stellen und widerstehen jeder Behandlung. Er unterscheidet drei Formen: 1. eine vesikulöse Form, 2. eine eitrige (pustulöse) Form und 3. eine gemischte Form. Nach Beschreibung der Eruptionsformen und des Verlaufes der einzelnen Formen geht Verfasser auf die Pathogenese dieser Affektion über. Bis jetzt wurde dieses Leiden auf eine Trophoneurose zurückgeführt; Verfasser führt die Ursache dieser Affektion auf die eigenartige Beschaffenheit der Haut daselbst zurück, indem daselbst die Epidermis dicker ist und den darunter liegenden Gebilden fester anhaftet, kann sich daher auch der hier festgenistete infektiöse Stoff schwerer eliminieren. Seine Schlufsfolgerungen sind folgende: 1. Die Lokalisation der Acrodermatitis continua besteht nur auf den Endspitzen der Extremitäten. 2. Die Entstehungsursache beruht auf einer traumatischen Entzündung oder auf einer Trophoneurose. 3. Die Affektion kann in einer vesikulösen, pustulösen oder in der gemischten Form auftreten. 8. Zu dieser Affektion gesellt sich eine Dystrophie der Nägel. 5. Bei der purulenten Form kann auch die Mundschleimhaut erkranken. 6. Diese Affektion ist von dem Ekzem wohl zu unterscheiden, mit welchem selbe eine grofse Ähnlichkeit besitzt. 7. Die purulente Form ist von der Dermatitis repens zu unterscheiden schon wegen des cirkumskripten Auftretens auf den Extremitäten. 8. Die nächste Ursache dieser Affektion liegt in der Konstruktion der Epidermis. 9. Es ist wahrscheinlich, dafs auch vasomotorische und trophische Störungen dabei eine Rolle spielen. 10. Die Fälle von allgemeiner Eruption sind auf die Resorption der Mikrobien zurückzuführen. 11. Die Prognose der Acrodermatitis ist eine ernste. 12. Therapeutisch hat sich am besten bewährt bei der vesikulösen Form Bepinselung mit Lapislösung, bei der pustulösen Form mit 2% Karbollösungen.

Zona und Syphilis, von L. Jullien. Verfasser beginnt seine Arbeit mit einer Einleitung, in welcher er diese Arbeit Prof. Schwimmer widmet. — Verfasser hält es für wahrscheinlich, dafs die typische Zona eine virulente fieberhafte Infektionskrankheit ist, welche nach einmaliger Erkrankung eine Immunität gewährt. Diese Krankheit kommt manchmal endemisch vor, kann aber auch kontagiös sein. Es werden aber auch ähnliche Erkrankungen beobachtet, welche weder fieberhaft sind, noch mit einer Endemie oder Contagium im Zusammenhange stehen, welche aber durch Einwirkung verschiedener pathologischer Noxen auf die Nerven hervorgerufen werden.

können: z. B. infolge von Pneumonie, Rubeola, Vaccine, Varicellen, Angina, Tuberkulose, Malaria, Kohlenoxyd und Arsenvergiftung, und schliefslich infolge eines einfachen Trauma kann sich auch im Verlaufe der Nervenzweige diese Bläschenkrankheit entwickeln. Verfasser beobachtete 11 derartige Fälle bei Syphilitikern, bei denen zosterförmige Eruptionen zu beobachten waren. Auf Grundlage seiner Beobachtungen hat er die Überzeugung gewonnen, dafs bei Syphilitikern zosterforme Eruptionen beobachtet werden, die weder eine Zona sind noch Syphilide, sondern als parasyphilitische Manifestationen betrachtet werden müssen.

Über den Blatternprozefs bei Schwangeren und Wöchnerinnen, von M. Kaposi. Diese Arbeit ist eigentlich schon vor drei Decennien im *„Orvosi Hetilap"* erschienen; wenn dieselbe nun in deutscher Sprache erscheint, hofft Verfasser, wird dieselbe an Aktualität noch nicht verloren haben. — Die Schlufsfolgerungen dieser Arbeit leitet er von dem statistisch und klinisch bearbeiteten Material des Jahres 1866 ab, in welchem Jahre eine Epidemie in Wien herrschte, währenddem 1867 in den Monaten Januar und Dezember die Blatternfälle zwar noch häufig, in den übrigen Monaten dieses Jahres aber nur sporadisch auftraten, und so wurde ihm die Gelegenheit geboten zu beobachten, in welchem Verhältnisse der Blatternprozefs im allgemeinen und in den epidemischen Zeiten zu den Wöchnerinnen und den Puerperen steht. Im Jahre 1866 wurden 759 Blatternkranke aufgenommen, von denen 350 Männer und 409 Frauen waren. Von den Männern starben 5%, von den Weibern 7%. — Von den 409 Frauen waren 72 Gravida oder Puerpera, von denen 13 starben, also 7%, währenddem bei den übrigen Frauen 4% Sterbefälle vorkamen. — Währenddem also von den Wöchnerinnen oder Schwangeren jede fünfte oder sechste gestorben ist, ist von den übrigen Frauen blofs jede zweiundzwanzigste gestorben. Verfasser leitet nun von diesen Beobachtungen folgende Schlufsfolgerungen ab: Die Gravidität und das Puerperium wird durch den Blatternprozefs ungünstig beeinflufst in der Art, dafs in den letzten Monaten der Schwangerschaft leicht Abortus oder relative Frühgeburt eintritt; das Puerperium gestaltet sich in dieser Weise gefährlicher. Die Gesamterkrankung ist eine intensivere und für die betreffende Kranke kann eine relativ gröfsere Lebensgefahr, selbst der Tod entstehen. Bei Schwangeren und puerperen Blatternkranken ist die Prognose umso günstiger, je weniger die Schwangerschaft vorgeschritten ist, je mehr die Entbindung der Zeit und dem Verlaufe nach physiologisch war und je geringeren Grades die Blatternerkrankung selber ist. (Varicella und Variola modificata.) Wöchnerinnen und Schwangere sind durch den Blatternprozefs mehr gefährdet und sterben häufiger als Frauen aufserhalb jener genannten Zustände. Bezüglich des Verhältnisses, ob das Puerperium oder die Gravidität auf den Blatternprozefs als solchen irgendwelchen Einfluſs ausübt, dafür scheint laut den klinischen Beobachtungen keine Regel festgestellt werden zu können.

Meine Erfahrungen über das Kochsche Tuberkulin-R. bei Lupus vulgaris, von Malcolm Morris. Von Jahr zu Jahr häufen sich die Publikationen über glänzende Heilungsresultate beim Lupus vulgaris, aber diese Wirkungen scheinen an solche Faktoren gebunden zu sein, welche von der Individualität der Erfinder schwer loszutrennen sind. Nun versuchte Verfasser auch das Tuberkulin-R. in sechs Fällen von Lupus vulgaris, deren Krankengeschichten er wiedergiebt, und fafst seine Resultate in folgendem zusammen: Im allgemeinen kann konstatiert werden, dafs die lokale Wirkung des neuen Tuberkulin gut, in einzelnen Fällen sogar ausgezeichnet war. Allgemeine schwere Nebenerscheinungen waren nicht zu beobachten, die Reaktion verschwand rasch; so weit er es beurteilen konnte, scheinen die Einspritzungen keinen Schaden verursacht zu haben. Ob nun diese Resultate als endgültige Heilung

zu betrachten sind oder die bedeutenden Besserungen anhaltend sein werden, kann einerseits von dieser kleinen Anzahl von Fällen nicht erschlossen werden, andererseits kann es nur die Zeit bestätigen.

Schwimmeriana. Erinnerungen an gemeinschaftliches Arbeiten in Wien, Rom, Graz und London, von A. Neisser. Verfasser gedenkt in angenehmer Erinnerung jener Kongreßtage, an welchen er mit Schwimmer im gemeinschaftlichen Gefechte so manche Frage als gleichdenkender Kämpfer durchgefochten habe. Diese Reminiscenzen frischt Verfasser noch einmal auf in seiner liebenswürdigen und geistreichen Art und Weise. — In erster Linie bekennt er sich heute auch vollkommen zur Lehre der Frühbehandlung der Syphilis. Diese Frage stand noch früher für ihn offen und Schwimmer trug so ziemlich dazu bei, daß seine Zweifel besiegt worden sind. Er bekennt sich nun offen zu der Lehre, daß in jedem Falle von sicher konstatierter Syphilis die Allgemeinbehandlung so zeitig wie möglich in energischster Weise in Angriff genommen werden soll. Besonderen Dank zollt er Schwimmer für die Aufklärung über das Verhalten des Nervensystems in der Frühperiode, wo nachgewiesen wird, daß nicht die vielfache Zufuhr von Quecksilber Ursache der verschiedenen schweren Nervenaffektionen ist, sondern daß umgekehrt das Nervensystem bei noch gar nicht behandelten Kranken mitunter sehr wesentlich affiziert ist, und daß die eingeleitete Quecksilberkur diese Affektionen rasch zum Verschwinden brachte. — Anknüpfend an den Vortrag Schwimmers im Jahre 1892 „Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affektionen", teilt er vollkommen die darin vorkommenden Ansichten. Er hatte auch Fälle beobachtet, welche dafür sprechen, daß es nicht nur im Spätstadium eine durch Gummabildung erzeugte Nierenaffektion giebt, sondern daß es auch im Frühstadium eine durch die Syphilis erzeugte Albuminurie und Nephritis giebt und noch wichtiger als diese theoretische Frage erscheint ihm die, daß solche syphilitische Nephritis ganz in derselben Weise mit Quecksilber behandelt werden müsse wie andere Syphilissymptome der Syphilis. Wenn auch das Quecksilber unter Umständen eine gewisse Cylindrurie und Albuminurie verursacht, so ist noch ein weiter Schritt zur wirklichen Nephritis; das Quecksilber kann wohl bei direkt toxischen Gaben eine destruierende Einwirkung auf das Nierenparenchym ausüben. Es ist aber daran festzuhalten, daß es Fälle giebt, bei denen gerade unter der Einwirkung des Quecksilbers die Nephritis schnell und vollkommen abheilt. Bei diesen Fällen bleibt natürlich die Frage noch offen, ob es sich um eine bakterielle Metastase oder um eine durch die „Toxine" bewirkte Schädigung der secernierenden Nierenzellen handle. In solchen Fällen muß natürlich auch die Behandlung eine vorsichtige sein. Bei Nephritikern sind eben solche Methoden angezeigt, welche das tägliche Zuführen resp. die tägliche Unterbrechung von Quecksilber ermöglichen, also Injektionen löslicher Salze oder Einreibungen. — Nun geht Verfasser auf ein Kapitel über, dessen Förderung an den Namen Schwimmer geknüpft ist und zwar die Arbeit „über idiopathische Schleimhautplaques der Mundhöhle (Leukoplakia buccalis)". Verfasser teilt dieselben Ansichten nicht nur bezüglich der Ätiologie und Pathologie, sondern auch bezüglich der Therapie. Auch hier soll eine besondere Sorgfalt der Behandlung gewidmet werden; es muß jede Salivation und Stomatitis vermieden werden; so auch jede reizende Lokalbehandlung, weil dadurch der Prozeß nur verschlimmert werden kann. Für die Allgemeinbehandlung soll die kombinierte Jod- und Quecksilberbehandlung verwendet werden. — Schließlich erwähnt er noch die Diskussionen „über die Natur des Ekzems" und „über den Pemphigus", bei denen Schwimmer und Verfasser in bester Harmonie den gleichen Ansichten huldigten.

Über die Dermatophobien, von G. Thibierge. Verfasser bespricht in einem interessanten Artikel ein Krankheitsbild, welches er beiläufig folgendermaßen definiert:

Die Dermatophobie wird durch diejenige übertriebene Furcht hervorgerufen, welche bei manchen Individuen durch das Vorhandensein einer Hautkrankheit hervorgerufen wird, oder durch die Furcht, dafs eine Hautkrankheit entstehen könnte. Verfasser illustriert dieses mit einigen Fällen, von denen einzelne den Charakter einer sehr schweren Nervenkrankheit zeigten. Beinahe ohne Ausnahme kommt dies bei solchen Menschen vor, bei denen eine Prädisposition vorhanden ist, die Neigung zur Erwerbung von Nervenkrankheiten entweder ererbt oder erworben ist.

Über Lithotripsie im Kindesalter, von H. Alapy. Verfasser referiert über 2 Fälle (10- und 12jähriger Knabe), bei denen er die Lithotripsie ausführte, und bespricht anknüpfend an diese die Indikationen und Kontraindikationen der Lithotripsie bei Kindern. (S. Ref. Bd. XXVI. No. 8. S. 406.)

Ein Fall von Porokeratosis (Mibelli), von Basch. Der 36jährige Patient bemerkte bereits vor 26 Jahren den Beginn seiner jetzigen Erkrankung auf den Handrücken, welche sich im Verlaufe der Jahre auf verschiedene Körperteile verbreitete. In der Familie kam angeblich eine ähnliche Erkrankung nicht vor. — Die Hautveränderungen sind auf folgenden Körperstellen in folgenden Formen zu sehen: Im Gesicht, hauptsächlich unter beiden Schläfengegenden, sind teils disseminierte, teils gruppierte, stecknadelkopf- bis bohnengrofse Plaques vorhanden. In beiden Mundwinkeln an der Grenze der Schleimhaut je eine linsengrofse Plaque. Hinter dem linken Ohr, auf dem Nacken, auf dem Bauch, Penis und Scrotum, auf den Extremitäten, Fingern und zwischen denselben sind linsen-, kreuzer- und thalergrofse Plaques. Die Hautveränderungen sind, was die Zahl anbelangt, im Gesicht, was die Gröfse anbelangt, mehr auf den Unterschenkeln entwickelt. Dieselben bilden teils verhornte Knötchen, welche 0,5—3 mm vom Niveau der Haut emporragen, teils kreisrunde Stellen, deren Rand einen verhornten Wall bildet, welcher aus einzelnen aus den Poren emporstrebenden Coni besteht. In der Mitte der kreisrunden Stellen ist die Haut ziemlich normal gebildet. Auch auf der Schleimhaut und zwar auf der Unterlippe bestand eine linsengrofse, grauweifsliche Plaque. Dieser Fall ist sowohl, was seine äufsere Erscheinung anbelangt, als auch in histologischer Beziehung den von Mibelli und Respighi beschriebenen Fällen anzureihen.

Über Befunde in „Resorcinschwarten", von S. Beck. Diese Arbeit ist in extenso in *dieser Zeitschrift* (Bd. XXV. No. 12. S. 601) erschienen.

Beiträge zum Ducreyschen Bacillus, von A. Deutsch. Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, seine Untersuchungen in zwei Richtungen auszuführen. In erster Linie untersuchte er den Eiter nicht venerischer Geschwüre, um sich zu überzeugen, ob nicht etwa in demselben dem Ducreyschen Bacillus ähnliche Bakterien gefunden werden. Es waren dies Fälle von Lupus, Scrophuloderma, Ulcus cruris und syphilitische Ulcera. In all diesen Fällen war der Befund ein negativer, was die Annahme, dafs der Ducreysche Bacillus ausschliefslich der des Ulcus molle ist, um so näher bringt. — Die andere Richtung seiner Untersuchungen bestand in der Untersuchung komplicierter venerischer Geschwüre. So wurden Fälle untersucht, bei denen Phimosis, Balanitis und Chancre mixte vorhanden waren. Die bakteriologische Untersuchung ergab bei 10 Ulcera mollia, bei 3 gangränösen Geschwüren und 18 Chancres mixtes positive Resultate. Hauptsächlich ist hervorzuheben, dafs nicht nur in diesen 18 Fällen von Chancre mixte, sondern bei noch anderen zahlreichen derartigen Fällen der Ducreysche Bacillus stets nachgewiesen werden konnte. Verfasser zieht nun von seinen Untersuchungen den Schlufs, dafs, wenn auch der kulturelle Nachweis des Bacillus noch nicht gelungen ist, er aber in den venerischen Geschwüren stets nachgewiesen werden kann, derselbe bestimmt als Erreger des Ulcus molle betrachtet werden mufs.

Beiträge zur interstitiellen blennorrhoischen Blasenerkrankung, von H. Feleki. Verfasser bespricht jene Form von Blasenerkrankung, welche in der Regel chronisch auftritt und nicht nur auf das Trigonum Lieutaudii beschränkt ist, sondern auf die ganze Blasenwandung sich verbreitet. Diese Erkrankungsform ist allerdings eine seltene und wird auch in den meisten Lehrbüchern wenig gewürdigt, deren Kenntnis aber um so wichtiger ist, weil dieselbe sowohl in prognostischer als auch therapeutischer Hinsicht einer anderen Beurteilung zufällt, und ist von der sogenannten trabekulären Blase wohl zu unterscheiden. Die Symptome einer solchen chronischen blennorrhoischen Cystitis sind in den milderen Fällen kurz folgende: Die Affektion beginnt am Anfange mit den Symptomen einer Cystitis superficialis, welche in gewisser Zeit selbst ganz verschwinden können. Die Patienten fühlen sich wie ganz gesund. Dieser Zustand kann selbst 1—2 Jahre dauern, worauf wieder akute mit chronischen Symptomen abwechseln, oder die letzteren bleiben stabil. Schon bei Untersuchung der Blasenkapacität tritt die Erscheinung auf, dafs dieselbe bedeutend verringert ist. Diese verringerte Kapacität ist aber nicht durch die Empfindlichkeit der Blase hervorgerufen, sondern ist die Folge von Gewebsveränderungen, welche mittelst cystoskopischer Untersuchung sehr leicht nachweisbar sind. Die Falten der Blase nämlich sind verdickt, ohne dafs ihre Farbe verändert wäre, hingegen am Fundus ist die Schleimhaut inselförmig verfärbt, seltener gekörnt und erodiert. Wenn man solche Kranke öfter cystoskopiert, kann man beobachten, dafs die Blasenfalten mehr und mehr in das Lumen der Blase hineinragen, durch die Flüssigkeit nicht geglättet werden, und nachdem an diesen Stellen die Blasenwand nicht sichtbar verändert ist, kann angenommen werden, dafs in dem Blasengewebe selbst solche Veränderungen vorhanden sind; an diesen Stellen hat die Blase an Dehnbarkeit verloren. Aber nicht nur eine Kapacitätsverminderung, sondern selbst eine Inkontinenz gewissen Grades ist in solchen Fällen zu beobachten. Die interstitielle chronische Cystitis kann aber schon von vornherein stürmischere Erscheinungen hervorrufen, Symptome der eitrigen akuten Cystitis, welche auf rationelle Behandlung sich bessern kann und sich so weit zurückbilden, dafs die Empfindlichkeit der Blase selbst unter die Norm sinkt, und wird nur dann empfindlich, wenn sich soviel Harn ansammelt oder Flüssigkeit in dieselbe eingespritzt wird, welche die Kapacität der Blase übersteigt. Es ist das ein Zustand, welchen Ultzmann mit dem Namen „Schrumpfblase" benannte. Prognostisch sind solche Fälle sehr ernst zu nehmen, ja die zu Anfang als unwesentlich erscheinende blennorrhoische Blasenerkrankung kann selbst ein letales Ende herbeiführen. Die Therapie soll in solchen Fällen in rationellen Blasenwaschungen bestehen, die Dehnung der Blase über ihre vorhandene Kapacität mufs selbst in solchen Fällen vermieden werden, wo das Leiden sogar subjektiv symptomlos besteht, da dadurch nur eine Verschlimmerung herbeigeführt werden kann. In verzweifelten Fällen ist die von Guyon empfohlene Cystotomie und lokale Behandlung zu versuchen. Bezüglich der Frage, welches ätiologische Moment in solchen Fällen vorhanden war, glaubt Verfasser, dafs durch das Eindringen des Gonococcus in die Tiefe derselbe daselbst seine Pathogenwirkung ausübt und dazu beiträgt, dafs die Affektion eine schwerere und prolongierte wird.

Über die Raynaudsche Erkrankung, lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän, von A. Havas. H. beschreibt einen konkreten Fall und bespricht die Differentialdiagnose, Ätiologie und Therapie. Ein ausführliches Referat ist bereits in den *Monatsheften f. prakt. Dermat.* Bd. XXV, No. 6, S. 276 erschienen.

Über Blutuntersuchungen bei Syphilis in therapeutischer und diagnostischer Beziehung, von J. Justus. Verfasser hatte es sich im Verlaufe seiner Blutuntersuchungen zur Aufgabe gemacht, zu eruieren, was mit dem eingespritzten Subli-

mat geschieht, mit welchem Teile des Blutes sich dasselbe verbindet. Zu diesem Zwecke wurde in einen Teil einer aus der Cirkulation gebrachten Vene Sublimat eingespritzt und aus den Bestandteilen (Fibrin, Blutserum und Blutkörperchen) des mit einer Pravaz-Spritze entnommenen centrifugierten Blutes mit der Ludwig und Fürbringerschen Methode das Quecksilber gesucht. Das Ergebnis war, dafs in allen Fällen das Sublimat blofs in den roten Blutkörperchen vorgefunden werden konnte. Diese Thatsache konnte er auch nun mikroskopisch nachweisen durch folgendes Verfahren: Aus dem mit Sublimat gemengten intravenösen Blute werden Ehrlichsche Präparate bereitet; es ist dabei darauf zu achten, dafs die Blutkörperchen dichte Schichten bilden sollen. Das an der Luft getrocknete Präparat kommt auf einige Stunden bei 120—130° in die Trockenkammer und wird dann in eine Stannochloridlösung gebracht, nachher mit sehr verdünnter Salzsäurelösung und mit destilliertem Wasser gewaschen. Schon bei mäfsiger Vergröfserung erscheint das Quecksilber als schwärzlichgraue Trümmer und Körnchen in grofser Menge. Zur Bekräftigung dessen, dafs diese Körnchen thatsächlich Quecksilber sind, wird das Präparat im geschlossenen Gefäfs über 24 Stunden in pulverisiertem Jod aufbewahrt; durch die Jodwirkung zeigen die Körnchen unter dem Mikroskop statt der früheren grauen eine gelbliche Farbe. Um diese Stellen noch deutlicher zur Ansicht bringen zu können, werden die so gebildeten Hg-Jodidkörnchen mittelst einer frisch bereiteten Schwefelhydrogenlösung in Hg-Sulfidkörnchen überführt, welche dann bei starker Vergröfserung in den farblosen, aber scharfkonturierten Blutkörperchen als deutlich dunkelschwarze Körnchen und Trümmer sichtbar werden. Aus diesen Versuchsreihen zieht Verfasser die Schlufsfolgerung, dafs das in die Vene eingespritzte Sublimat durch die roten und weifsen Blutkörperchen gebunden wird, sich mit dem Albumin derselben vereinigt und so in die Cirkulation gelangt.

Über die allgemeine Pathogenese der tuberkulösen Hauterkrankungen, von T. Marschalkó. V. bespricht auf Basis der bisher erschienenen Litteratur den heutigen Stand der Lehre der tuberkulösen Hauterkrankungen. In der Entwickelung dieser Lehre müssen wir zwei Stadien unterscheiden; das erste ist das vor der Kochschen Entdeckung, in welchem zwar die Pathologie der Hauttuberkulose gröfsere Fortschritte machte als die der anderen Organe; dieselben hatten aber keine wissenschaftliche Basis, die erst mit der Entdeckung von Koch ihren Anfang genommen hat; seit dieser Zeit sind eine Serie von Erkrankungen der Haut als tuberkulöse erkannt worden. Verfasser erörtert nun die gemeinschaftlichen Charaktere der tuberkulösen Hauterkrankungen; zu diesen gehört der exquisit chronische Charakter, also eine auf Jahre und Jahrzehnte sich erstreckende Krankheit, die häufige Koincidenz mit Tuberkulose anderer Organe. Dazu gehört der in mancher Beziehung gleiche histologische Befund, die Armut an Tuberkelbacillen und die verminderte Virulenz. Verfasser wirft nun die Frage auf, inwiefern diese Eigenschaften verwertet werden können zur Erhärtung der Diagnose der Hauttuberkulose. Dafs die klinischen Symptome nicht ausreichen ist bekannt, die Koincidenz der Organtuberkulose ist auch noch kein bestimmtes Kriterium. Mehr Sicherheit bietet schon die Überimpfung und das Tuberkulin, welches zwar die Erwartungen bezüglich der Therapie nicht erfüllte; es kann aber nicht geleugnet werden, dafs es in diagnostischer Beziehung viele wertvolle Dienste leistet. Ein weiteres Kriterium wäre der histologische Befund. Aber selbst diese Kriterien sind nicht ausreichend. Um eine tuberkulöse Erkrankung der Haut sicherstellen zu können, müssen wir 1. in den pathologischen Produkten den Tuberkelbacillus nachweisen können, wenigstens mikroskopisch, wenn möglich auch kulturell und 2. durch Überimpfung der pathologischen Produkte bei Tieren eine Impftuberkulose hervorrufen können. Bekanntlich sind aber bei Erbringung dieser Kriterien

Schwierigkeiten vorhanden, es mufs aber dennoch der eine oder andere Beweis erbracht werden können. Verfasser erörtert nun die Frage ausführlich, von was es abhängt, dafs bei der Überimpfung irgendwelche Hautaffektion entstehe und welche Form der Hauttuberkulose sich entwickelt. Verfasser spricht nun über die relative Immunität der menschlichen Haut, über die endogenen und exogenen Infektionsarten, welche alle eine Rolle spielen können bei der Entwickelungsart der tuberkulösen Hauterkrankungen. Nebst diesen spielt noch eine Rolle die Anzahl der Bacillen und deren Virulenz. Eine weitere Rolle spielt noch mit bei der Entwickelung des klinischen Bildes der Teil der Haut, in welchen die Bacillen einwandern. Verfasser schliefst sich nun in dieser Beziehung an die Einteilung von HALLOPEAU an. Bezüglich der Klassifikation der tuberkulösen Hautkrankheiten glaubt Verfasser, dafs die beste bis jetzt die von JADASSOHN (*Die tuberkulöse Erkrankung der Haut*, LUBARSCH-OSTERTAG 1895) aufgestellte ist, welche auch von den meisten Dermatologen acceptiert wurde.

Über die Behandlung der Prostataerkrankungen und der Prostatorrhoe mit dem faradischen Strome, von M. POPPER. Verfasser konstruierte ein Instrument, welches er „Elektromassator" nennt, das die Prostatamassage ersetzen soll. Mit Hülfe des faradischen Stromes soll die Prostata durch die verschiedenartige Verstärkung desselben ihre pathologischen Elemente durch die Ausführungsgänge der Drüse eliminieren, es soll dadurch der Tonus gehoben und die Blutcirkulation gebessert werden. Zur kräftigeren Einwirkung auf die Prostata und Samenbläschen verwendet Verfasser eine elektrische Sonde, bei welcher nur der der Pars prostatica entsprechende Teil aus Metall besteht, wodurch die Prostata sich zwischen den Polen der Elektroden befindet. Es werden nun vier Krankengeschichten mitgeteilt, die Patienten litten an nächtlichen Pollutionen, durch dieses Verfahren wurden sämtliche samt den Nebenerscheinungen geheilt. Nebstdem beschreibt Verfasser 16 Fälle von Spermatorrhoe und Prostatorrhoe, welche ebenfalls ganz geheilt wurden. Schliefslich referiert Verfasser über einen Fall von Prostatahypertrophie, bei dem durch den Elektromassator die Prostata und die Nebenerscheinungen sich zurückbildeten. Die Schlufsfolgerungen sind nun folgende: 1. Es ist Verfasser gelungen, die Prostata mit dem faradischen Strome in aktive Thätigkeit zu versetzen, welches Verfahren der mechanisch wirkenden Massage vorzuziehen ist. 2. Durch die aktive Thätigkeit der Prostata kann bei der akuten aber nicht schmerzhaften Prostatitis der in den Drüsen und in deren Ausführungsgängen angesammelte gonokokkenführende Eiter entleert werden. 3. Die chronische Prostatitis, welche in den meisten Fällen die einzige Ursache der stets recidivierenden Blennorrhoe ist, kann durch dieses Verfahren verkleinert werden und die elektrischen Schläge scheinen auf die Virulenz der Gonokokken ungünstig einzuwirken. Die Prostatitis heilt, die recidivierende Blennorrhoe bleibt aus. 4. In einem Falle von Prostatahypertrophie (nach fünfjährigem Bestande mit Residualharn und relativer Blasenatonie) gelang es, gänzlich die Verkleinerung zu erzielen und damit besserten sich alle Symptome. 5. Die Ursache der pathologischen nächtlichen Pollutionen und zwar die wichtigste Ursache ist in der Schwäche der Schliefsmuskeln der Ductus ejaculatorii zu suchen. 6. Die häufigste Ursache der Prostatorrhoe und Spermatorrhoe ist in der Atonie der Schliefsmuskel der Ductus ejaculatorii und der Ausführungsgänge der Prostata zu suchen. Ob nun die Atonie eine allgemeine ist, oder ob dieselbe nach einer lokalen blennorrhoischen Entzündung entstanden ist, werden die Schliefsmuskeln im gröfsten Mafse davon betroffen und diese verursachen die funktionellen Störungen. 7. Sowohl die bei den pathologischen nächtlichen Pollutionen bestehende Muskelschwäche, als auch die Atonie bei der Spermatorrhoe und Prostatorrhoe werden durch die energische aktive Thätigkeit der Prostata geheilt.

Ein Fall von Keratosis pilaris rubra und Pityriasis rubra pilaris bei ein und demselben Individuum, von S. Róna. Der 45jährige Kaufmann giebt an, dafs bereits seit dem Kindesalter die Ohren- und Wangengegend rosarot verfärbt sind und die Augenbrauen nicht voll entwickelt sind. Seit sieben Jahren bestehen rote Flecken auf den Handtellern, welche seit einigen Monaten verhärteten. Seit drei Monaten wurde die Haut auf mehreren Körperstellen nur den Haarfollikeln entsprechend gänsehautartig, seit dieser Zeit sind auch die Nägel krankhaft verändert. Bei dem Kranken sind nun folgende Veränderungen vorhanden: In der Gegend beider Augenbrauen sind thalergrofse, rosarote, diffuse Flecken, ebensolche auf dem äufsersten Teil beider Wangen, an all diesen Stellen sind die Haare mangelhaft entwickelt. Die Haut beider Handteller und Volarseite der Finger ist mächtig verdickt und mit massigen rissigen Hornschichten bedeckt. Auf der Dorsalfläche der ersten und zweiten Phalanx aller Finger ragen die Haarfollikel empor, in deren Mitte je ein Conus zu sehen ist; ähnliche Hornzapfen sind zahlreich auf dem Handrücken ausgebildet. Plaqueförmig sind dieselben auf den Ellenbogen, Unterarmen und Volarseite der Handwurzel zu sehen. Die Fingernägel sind verfärbt, verdickt und brüchig. Auch auf den unteren Extremitäten, hauptsächlich auf der Aufsenseite des Unterschenkels sind handflächengrofse ähnliche Gebilde vorhanden. Die Sohlen sind frei. Auf der Lippen- und Zungenschleimhaut oberflächliche Leukoplakie. — Ähnliche zwei Fälle veröffentlichte Brocq. Verfasser reiht diesen denen an und erachtet es für wünschenswert, derartige Fälle zu sammeln, welche dann ergeben sollen, ob zwischen Pityriasis rubra pilaris und Keratosis pilaris irgendwelche Relation vorhanden ist.

Studien über Psoriasis, von J. Sellei. Verfasser beschäftigt sich bereits seit Jahren mit dem Studium der Psoriasis und hauptsächlich widmete er seine Aufmerksamkeit den mit Psoriasis atypica benannten Affektionen. Er untersuchte diese Fälle in ätiologischer, klinischer, als auch in histologischer Beziehung; seine Schlufsfolgerungen sind nun folgende: 1. Die mit der Psoriasis vorkommenden Arthritiden (Arthritis deformans) und Arthropathien stehen mit der Psoriasis in keinem wesentlichen Zusammenhange, sondern sind blos als accidentelle Affektionen zu betrachten. 2. Bei der Psoriasis sind die Reflexe veränderlich, das „Schwitzen" ist bei den Kranken labil. 3. Die Wirkung der sogenannten antisporiatischen Mittel ist wahrscheinlich eine antiparasitäre. 4. Das Keratohyalin ist bei der Psoriasis vulgaris bald vermehrt, bald verringert; dieses hängt stets von dem Entwickelungsgrade der Efflorescenzen ab. 5. Die sogenannte atypische Psoriasis, unter welcher er nicht diejenigen Fälle versteht, welche eine ungewöhnliche Lokalisation haben, sondern diejenigen, welche in ihrer Entwickelung und klinischen Erscheinung eine von der gewöhnlichen Psoriasis unterschiedliche Form haben, ist histologisch dadurch charakterisiert, indem die Retezapfen und die Papillarkörper beinahe normaler Gröfse sind und das Keratohyalin in allen Fällen zu finden ist. Diese Erkrankungsform ist wahrscheinlich eine ganz andere Affektion und kann nicht mit dem Unnaschen „Eccema seborrhoicum" in eine Kategorie gestellt werden.

Über Epidermolysis hereditaria bullosa, von L. Török. Verfasser bespricht die Pathogenese und Ätiologie dieser Erkrankung und veröffentlicht die Genealogie dieser Familie, von welcher die beschriebenen Fälle herstammen. (S. Ref. Bd. XXVI, No. 8, S. 407. Es ist dies jener Fall, den Kollege Varga in der ungarischen dermatologischen und urologischen Gesellschaft vorstellte.)

Handatlas der Hautkrankheiten, von Prof. M. Kaposi. 1. Abteilung, 1. Hälfte in 53 Tafeln. (Wien und Leipzig 1898, Wilhelm Braumüller.) Wenn auch bekanntlich die Erkrankungen der Haut nach den besten Abbildungen allein nicht zu erlernen sind, so bilden diese doch ein treffliches Unterstützungsmittel für den Unterricht, ebenso wie sie wohl verwertbare „Vergleichs- und Kontrollobjekte" dem praktischen Arzte bei der oft so schwierigen Diagnose sind. Von diesem Gesichtspunkte aus, wie im Vorworte hervorgehoben, ging Kaposi an dieses Werk, welches über 350 Chromotafeln in 3 Abteilungen bringen soll, bis Ostern 1899 vollendet sein wird, und dessen Preis — 48 Mark — ein relativ sehr billiger ist. Auch um die Lehrmittelsammlung von koloristischen Originalaquarellen, welche „für die Wiener dermatologische Klinik von Ferdinand Hebra angelegt, auf nahezu 1000 Tafeln angewachsen ist und zum gröfsten Teile Bilder von Elfingers und Carl Heitzmanns Meisterhand enthält", der lernenden und lehrenden Allgemeinheit mehr zugänglich zu machen und „bei eventuellen Katastrophen wenigstens in ihren wichtigsten Teilen der Nachwelt zu erhalten", entschlofs sich Kaposi zu dieser Veröffentlichung. Von diesem doppelten Gesichtspunkte aus von einem so hervorragenden Vertreter des Faches in Angriff genommen, können wir dieselbe nur freudig begrüfsen. — In diesem vorliegenden Bande, dem ersten allerdings sehr voluminösen Hefte der 1. Abteilung, sind auf 53 Tafeln, welche die Nummern 2—104 mit verschiedenen Unterbrechungen tragen, in alphabetischer Reihenfolge die Hauterkrankungen von Akne bis Herpes zoster frontalis dargestellt; die fehlenden Nummern sollen in dem Ende April erscheinenden 2. Hefte ergänzt werden. Über die Anzahl der jeder einzelnen Erkrankung gewidmeten Abbildungen dürfte also erst dann der richtige Überblick zu erhalten sein, wenn wir nicht wiederum aus den Angaben des Vorworts ersehen würden, dafs z. B. Akne mit 18, Ekzem mit 13, Erythem mit 13, Favus mit 8, Herpes tonsurans mit 6, Herpes zoster mit 11 Farbendrucken versehen sind. Dieselben sind im allgemeinen vorzüglich gelungen, eine trockene Aufzählung der einzelnen Nummern dürfte wenig Wert haben, die Hervorhebung von Einzelheiten und manchen ganz aufserordentlich seltenen Fällen, am besten nach Einreihung der noch fehlenden Nummern, d. h. nach Erscheinen des 2. Heftes, erfolgen. Dasjenige, was die Verlagsbuchhandlung in dem 1. Hefte geboten hat, läfst jedenfalls auf eine sehr wertvolle Publikation schliefsen.

Stern-München.

Die Lepra in Algerien und speziell in der Stadt Algier, von Gemy und L. Raynaud in Algier. (Algier 1897. Imprimerie typographique J. Torvent.) Im Auftrage des Gouverneurs von Algerien und pekuniär von der Regierung unterstützt, stellten die beiden an der medizinischen Schule von Algier thätigen Forscher, von welchen der eine auch an der Berliner Leprakonferenz teilnahm, eingehende Untersuchungen über das Auftreten der Lepra in dieser französischen Kolonie an und das Ergebnis der Enquête liegt in diesem 103 Seiten umfassenden Buche vor, welchem als Anhang eine Beschreibung der Lepra in ihren Hauptzügen nebst einer Reihe dieselben trefflich wiedergebender Photographien und eine Karte, die geographische Verbreitung der Krankheit in dem fraglichen Gebiete darstellend, beigegeben sind. — Aus dem einleitenden historischen Überblicke ergiebt sich, dafs die Lepra als vererbbar unter dem Namen Baras (arabisch) und Beuost (kabilisch) schon lange im Lande bekannt, wenn auch nicht sehr stark verbreitet ist und allerdings oft mit Syphilis verwechselt wurde, wie ein französischer Militärarzt, der im Jahre 1839 die ersten Fälle konstatierte, angiebt. In den letzten Jahren konnten die beiden Autoren 58 Fälle sammeln, welche einzeln in dem Buche beschrieben sind und von welchen nur 27 Eingeborene und 31 eingewanderte Europäer, besonders Spanier (24) betrafen; der Procentsatz der Israeliten (8) bei ersteren ist auffallend grofs, indem bei einer

Gesamtbevölkerung von ca. 9000 Israeliten fast 1 Leprakranker auf Tausend käme. Die bakteriologische Untersuchung, welche stets den HANSENschen Bacillus ergab, wurde nur in der Minderzahl der Fälle vorgenommen; bei den übrigen war das Krankheitsbild ein so charakteristisches, dafs der klinische Befund genügte. Bezüglich des letzteren scheinen besonders drei Formen hervorzutreten: die Lepra tuberculosa als häufigste, die L. anaesthetica und L. mutilans, welch letztere wegen des Abfallens der Glieder Ähnlichkeit mit der RAYNAUDschen Erkrankung hat. Die Fälle der Eingewanderten und der Israeliten wurden hauptsächlich in der Stadt Algier und deren Umgebung (an der Küste) gefunden, während die der Eingeborenen sich einzeln im Inneren des Landes zerstreuen. Trotz dieser spärlichen Auslese unter den Eingeborenen, welche bei ihrer schlechten Lebensweise und den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen doch einen recht geeigneten Boden zur direkten Ansteckung darboten, und trotzdem für eine solche kein einziger Fall sprach, nehmen die beiden Forscher doch unbedingt dieselbe an; sie glauben, dafs der Beweis dafür nur deshalb schwer zu erbringen sei, weil die Inkubation eine sehr lange sein kann; so hat sie nach genauen Ermittelungen in 7 Fällen 6—21, in einem weiteren sogar 32 Jahre betragen. Was die Heredität betrifft, so konnte mit Ausnahme eines einzigen Falles bei den meist zahlreichen Verwandten in auf-, absteigender und in Nebenlinien keine Lepra konstatiert werden; bei dem genannten Ausnahmefalle waren Vater und dessen Sohn und Tochter gleicherweise infiziert; da der erstere aber sehr spät nach seiner Verheiratung die Krankheit bekam und die ganze Familie in einem notorischen Lepraherde lebte, so glauben die Verfasser, diesen Fall vielmehr als Beweis für die Kontagiosität in Anspruch nehmen zu können. Die letztere sei also unbestreitbar, aber weniger gefährlich wie jene der Tuberkulose; die dermatologische Klinik von Algier habe stets mehrere Leprafälle auf der Station, von welchen einige 1—2 Jahre verbleiben, und niemals wurde eine Übertragung auf andere Kranke weder konstatiert noch gefürchtet dank den strengen hygienischen und antiseptischen Mafsnahmen. Die Prophylaxe, wie sie die Verfasser speziell für Algier im Auge haben, umfafst die strenge Überwachung der sowohl von infizierten Orten kommenden Fremden als auch der als leprös erkannten Einheimischen, welch letztere einer regelmäfsig zu wiederholenden Untersuchung unterzogen werden müssen. Kranke mit offenen Hautaffektionen, welche zur Übertragung besonders geeignet seien, müssen in Krankenanstalten resp. Spezialsäle derselben überwiesen werden und im Falle ihrer Weigerung über die Landesgrenzen geschafft werden. Den Schlufs des Buches bildet ein zusammenfassender Bericht an den Generalgouverneur mit den eigenen Schlufsfolgerungen der Verfasser und den Beschlüssen der Berliner Leprakonferenz.

Stern-München.

Die Behandlung des Lupus, von BALMANNO SQUIRE. (J. & A. Churchill, London.) Aus dieser interessanten Monographie mögen hier nur kurz die Einzelheiten der SQUIREschen Technik dargelegt werden: Zunächst wird mit einer Lösung von schwarzem Siegellack in Alkohol das erkrankte Gebiet mit einem feinen Pinselstrich genau abgegrenzt, wobei zweifelhafte Stellen der Sicherheit wegen mit eingeschlossen werden. Das erkrankte Gewebe wird mit Ätherspray (Compound anaesthetic ether, eine Mischung von Äther mit Amylhydrid) vollständig gefroren und dann mit kleinen scharfen Löffeln, die noch nicht halb so grofs wie die gewöhnlichen VOLKMANNschen sind, mit möglichster Vollständigkeit abgetragen. Das Gewebe hat dann die Konsistenz von fest gewordenem Fensterkitt und blutet so gut wie gar nicht. Ferner kann man mit Kokain Anästhesie erzielen, wenn man zunächst die Epidermis durch Aufstreichen verdünnter Salpetersäure (NHO_3 conc., Aq. dest. ā) mittels Holzspatels zerstört; die überschüssige Säure wird, sobald die Haut weifs wird, durch Natr. bicarb. neutralisiert.

Einen oder zwei Tage später löst sich der Schorf dann ab, und die 20% Kokainlösung wird 4—5mal in Zwischenräumen von 3—4 Minuten aufgepinselt, worauf dann die Abschabung erfolgt. Als Ergänzung zu dieser konservierenden Excision wendet S. noch die lineäre Skarifikation an mit einem aus 16 feinen Klingen, die auf einer Fläche von einem halben Zoll Gröfse zusammengestellt sind, bestehenden Instrument. Damit werden 3—4 Tage nach der ersten Operation die Ränder und der Grund des Lupusgebietes (ebenfalls in gefrorenem Zustand) ziemlich kräftig bearbeitet. Die Resultate sind sehr erfreuliche gewesen, bei mehreren Fällen hat die Heilung bereits mehrere Jahre stand gehalten. *Philippi-Bernscheid.*

Studien über gummöse („tertiäre") Syphilis mit besonderer Rücksicht auf Häufigkeit, zeitliches Auftreten, Äufserungsformen und mögliche Ursacheverhältnisse, von Kr. Grön. (Christiania 1897. 262 Seiten.) Die Arbeit des Verfassers ist auf einer detaillierten Bearbeitung der Journale über Syphilispatienten aus der Hautkrankenabteilung in Christiania (Prof. C. Boeck) von den Jahren 1871—1895 (incl.) basiert, mit stetiger Rücksicht auf die vorliegende Litteratur. — Verfasser zeigt die Unhaltbarkeit der Ricordschen Definition der Syphilis tertiaria (Verfasser zieht die Bezeichnung Syphilis gummosa vor), besonders in Bezug auf die Chronologie, und das Fehlerhafte in dem Auffassen dieses Stadiums als nicht ansteckend (zwei eigene Beobachtungen). Syphilis maligna (im ganzen 13 Fälle) stellt Verfasser in eine Sondergruppe am ehesten unter Syphilis gummosa praecox und nimmt in seine statistischen Berechnungen weder diese Fälle noch Syphilis hereditaria (im ganzen 327 Fälle), auch nicht Tabes und Dementia paralytica (zusammen 4 Fälle) mit. — In Bezug auf die Häufigkeit der gummösen Syphilis werden zuerst die vielen Fehlerquellen bei jeder statistischen Zusammenstellung hierüber hervorgehoben. Eine vom Verfasser vorgenommene Zusammenstellung der verschiedenen Statistiken (über im ganzen 36 757 Syphilisfälle) ergab ein Mittelprocent von 11,8 und die eigene Statistik des Verfassers (über 3471 Syphiliskranke: 1479 Männer, 1992 Weiber) — 11,1% Syphilis gummosa (10,7% für die Männer, 11,7% für die Weiber) — also ein sogar etwas geringeres Procentverhältnis als es die Sammelstatik aufweist, welches Verfasser besonders hervorhebt, indem in dem Reichshospitale von Christiania eine überwiegend amerkurielle Behandlung benutzt wird, was im ganzen dieser Abhandlung ein besonderes Interesse verleiht. — Eine vom Verfasser vorgenommene Sammelstatistik (über im ganzen 4641 Fälle), betreffend den Zeitpunkt des ersten Auftretens der gummösen Affektionen, gab folgende Procentverhältnisse: für das erste Jahr 5,7%; für das zweite 10,8; für das dritte 10,7; für das vierte 9,5 — also für die ersten 4 Jahre zusammen 36,7%; in den folgenden 6 Jahren kamen zusammen 36,3% vor u. s. w. — Die eigene Statistik des Verfassers (411 Fälle) giebt für die ersten 4 Jahre bezw. 13,6%, 15,3%, 14,8% und 7,0% (die eigenen Decimalen des Verfassers sind hier — Tabelle VI — nicht korrekt ausgerechnet); — also 50,7% für die ersten 4 Jahre; für die folgenden 6 Jahre bekommt er 28,4% u. s. w. — (Wenn man überhaupt aus diesen Statistiken generelle Schlüsse ziehen dürfte, könnte man hieraus verleitet werden anzunehmen, dafs, wenn die amerkurielle Behandlung sich auch ohne Einflufs auf die Häufigkeit der Syphilis gummosa gezeigt hätte, sie doch vielleicht beschleunigend auf das zeitliche Auftreten derselben wirken könnte — eine Annahme, die doch auf der anderen Seite nicht mit dem Resultate stimmen würde, wozu Verfasser selbst kommt nach einer am Schlusse seiner Abhandlung vorgenommenen, unter spezifischer Untersuchung seines Materials.) Am Schlusse dieses Abschnittes teilt Verfasser ferner kurze Krankengeschichten mit über 53 Fälle von gummöser Syphilis im ersten Jahre nach der In-

fektion. In 18 Fällen zeigten sich die tertiären Symptome 21—36 Jahre nach der Infektion. — Von den verschiedenen Lokalisationen der gummösen Syphilis sind Affektionen des Hautsystems nach einer Sammelstatistik von 10 681 Fällen die weit häufigsten, nämlich 37,8%. Die eigene Statistik des Verfassers (543 Manifestationen) giebt für cutane Affektionen 52% bei Männern, 49,4% bei Weibern; für Schleimhautaffektionen 18,4% bei Männern, 33,4% bei Weibern; für Affektionen des Nervensystems 13% bei Männern, 7,5% bei Weibern u. s. w. Auch der Zeitpunkt des Eintretens der verschiedenen Lokalisationen wird tabellarisch dargestellt; besonders hervortretend ist die Präcocität der Cerebrospinalaffektionen und der Sarcocele (bez. 48,3 und 84,6% vor dem Verlaufe von 5 Jahren nach der Infektion). — Unter 3729 Sektionen aus dem Reichshospitale fand Verfasser 162 Fälle (4,3%) — 107 Männer, 55 Weiber — von vermeintlicher visceraler, gummöser Syphilis, hiervon 96 Fälle (2,6%) mit sicherer syphilitischer Anamnese. Am häufigsten kamen die Endarteriitis vor (76,6% der Männer, 49,1% der Weiber), darauf in Reihenfolge: Nierenaffektionen (bezw. 38,3 und 34,5%), Leberaffektionen (bezw. 19,7 und 29,1%), Gehirnaffektionen sensu strict. (bezw. 17,2 und 10,9%) u. s. w. Nähere Darlegung der einzelnen Lokalisationen wird in tabellarischer Form gegeben und mittelst der Sektionsjournale beleuchtet. — Mit Rücksicht auf die möglichen Ursachsverhältnisse der gummösen Syphilis gelangt Verfasser mittelst seines Materials zu dem, von dem gewöhnlich angenommenen in wesentlichen Punkten abweichenden Resultate, dafs weder das Alter des Individuuus bei der Erwerbung der Syphilis noch das Geschlecht in dieser Beziehung von Bedeutung ist, auch nicht extragenitale Infektion (628 Patienten); Tuberkulose bei den Syphilitikern scheint auch nicht die Entwickelung von Syphilis gummosa zu begünstigen; ebenso wie Verfasser schliefst, dafs die Bedeutung des Alkoholismus chronicus in dieser Richtung übertrieben worden ist. Dagegen scheinen Miseries und die Profession (Seeleute — hier oft zugleich exotische Infektion) von Bedeutung zu sein, ebenso wie wahrscheinlich gewisse Variationen in der Natur des infektiösen Virus. — Verfasser hat, wie oben erwähnt, nicht konstatieren können, dafs die im Reichshospitale instituierte, durchgehende amerkurielle Behandlung eine gröfsere Frequenz oder eine gröfsere Präcocität der gummösen Syphilis als bei merkuriell behandelten Patienten bedingt hat, reserviert sich doch aber dagegen, aus dem von ihm benutzten Materiale bestimmte Schlüsse über die Bedeutung der initialen Behandlung für den späteren Syphilisverlauf zu ziehen. Zum Schlusse wird die Relation des Traumatismus zur gummösen Syphilis erwähnt.

Die Abhandlung, welche eine bedeutende und gewifs sehr sorgfältige Arbeit repräsentiert, ist mit zahlreichen kurzgefafsten Krankengeschichten und 25 tabellarischen Übersichten versehen und schliefst mit einem Litteraturverzeichnis und einem französischen Resumé. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter, von E. Finger und M. Saenger. 1. Teil: Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne, von Dr. E. Finger, aufserordentlicher Professor an der Universität Wien. Mit 8 Holzschnitten. (Leipzig, 1898. Arthur Georgi.) Wenn auch in den einzelnen Handbüchern über Geschlechts- und Nervenkrankheiten das vorliegende Thema Erwähnung findet, so ist doch die vortreffliche Zusammenfassung all dessen, was wissenswert und an dessen Erforschung Verfasser selbst so rühmlichen Anteil hat, sowohl für den Spezial- wie für jeden praktischen Arzt höchst wünschenswert und somit kann man von diesem Buche wirklich sagen, dafs es eine bis jetzt bestandene Lücke der Litteratur ausfüllt. — Auf die Einleitung folgt eine phy-

siologische Abhandlung über das Erektions- und Ejakulationscentrum, wonach ersteres das leichter erregbare, aber auch leichter erschöpfbare sei und letzteres umgekehrte Verhältnisse biete, über die Nervi erigentes und ejaculatorii, welche als zwei selbständige, wenn auch innig miteinander verbundene Leitungsbahnen gedacht sind, und über den Mechanismus der Erektion und Ejakulation. Das eigentliche Thema ist naturgemäfs in zwei Hauptabschnitte eingeteilt, welche die Impotentia coeundi und die Impotentia generandi behandeln. — Bei der Ätiologie der ersteren werden die pathologisch anatomisch nachweisbaren und die nicht nachweisbaren Veränderungen unterschieden. Mifs- und Verbildungen des Hodens und des Penis, Erkrankungen von Gehirn, Rückenmark und den betreffenden peripheren Nerven, Onanie, Excesse in venere, Coitus interruptus und besonders die Urethritis blennorrhoica posterior mit ihren verschiedenen Folgezuständen bilden die anatomisch nachweisbaren Ursachen. Die Neurasthenia sexualis kann sowohl aus diesen sich entwickeln, wie aus der zweiten Gruppe, wo pathologisch-anatomisch nicht nachweisbare Gehirn-Rückenmarksaffektionen vorhanden sind. — Die Symptome der Impotentia coeundi können sich äufsern A) in ungenügender oder fehlender Erektion und B) reizbarer Schwäche, welcher psychische Einwirkungen, Erkrankungen der spinalen Centren zu Grunde liegen. Als besonders typisch erscheint die aus Coitus interruptus entstandene reizbare Schwäche. Dem Symptomenbild der durch chronische Urethritis bedingten sexuellen Neurasthenie schliefst sich eine sehr eingehende Darstellung des Wesens der Pollutionen und der Spermatorrhoe an, auf deren Details hier nicht näher eingegangen werden kann. In der Symptomatologie folgt C) die paralytische Impotenz, bedingt durch völlige Atonie oder schwere Degeneration der spezifischen Nervenapparate. Die pathologische Anatomie der chronischen Urethritis posterior, welche ja in das ureigentliche Arbeitsgebiet Fingers fällt, wird eingehend besprochen; neben ihr kommen die anderen Ursachen der Impotentia coeundi bezüglich der pathologischen Anatomie wenig mehr in Betracht. Prognose und Therapie des Leidens hängen in erster Linie von der Ursache ab, die Behandlung der psychischen Impotenz soll eine besonders dankbare sein, sie bestehe in psychischer Einwirkung, unterstützt zuweilen durch das viel verlangte Kantharadin (2 Gtt. der Kantharidentinktur auf Tinct. amar. 30,0, davon 20 Tropfen abends). Bei bestehenden Lokalaffektionen, wie Urethritis, Colliculitis, Prostatitis richte sich die Therapie gegen diese, bei Schwäche der nervösen Centren und Leitungsbahnen faradische oder galvanische Elektrizität, bei allgemeiner Neurasthenie neurotonische Mittel: Phosphor, Nux vomica, Atropin, hydriatische Prozeduren und körperliche Übungen mit Ausnahme von Reiten und Velocepidfahren; das Verbot des letzteren sei besonders hervorgehoben! — Die zweite Art der Impotenz, die Impotentia generandi zerfällt in die zwei Hauptkapitel: pathologische Veränderungen des Sperma und Störung der Samenentleerung, Aspermatismus. Die Veränderungen des Sperma können bestehen in Azoospermie, Oligozoospermie und Nekrospermie. Die Azoospermie kann zur Ursache haben Fehlen der Hodensekretion und Verlegung der Samenleiter, beruhend auf blennorrhoischer Epididymitis und Funiculitis; besonders die Eisbehandlung der akuten Nebenhodenentzündung, welche „auffallende derbe, massige und schwer resorbierbare Infiltrate zurücklasse", verschulde dadurch häufig die Azoospermie, es sei deshalb nur milde Antiphlogose bei dieser Blennorrhoekomplikation angezeigt. Die Nekrospermie, eine noch wenig bekannte Samenveränderung, ist jener Zustand, wo ein völlig kohabitationsfähiger Mann ein Sperma ejakuliert, welches zahlreiche Spermatozoen enthält, die aber im ganz frischen Ejakulate tot, bewegungslos oder nur schwach beweglich, also im Absterben begriffen sind. In Bezug darauf ist der Hinweis Fingers, dafs nur die Untersuchung eines thunlichst frischen

höchstens 1 bis 2 Stunden alten Ejakulates genügend Anhaltspunkte gebe, von besonderer Wichtigkeit. Bedingt ist die Nekrospermie dadurch, dafs die dem Hodensekrete beigemischten anderen Komponenten, das Sekret der Samenbläschen und der Prostata, krankhaft verändert sind (Vesiculitis und Prostatitis blennorrhoica). Der Aspermatismus besteht darin, dafs ein kopulationsfähiger und zeugungsfähiges Sperma besitzender Mann nicht im stande ist, sein Sperma in die weiblichen Sexualorgane zu ergiefsen, was entweder auf mechanische (abnorme Ausmündung der Harnröhre, Striktur, Obliterationen u. s, w.) oder nervöse Ursachen zurückzuführen ist. Die Therapie richtet sich in erster Linie gegen die nachweisbaren Ursachen, beim relativen Aspermatismus besteht sie in denselben Mafsnahmen wie die psychische Impotenz. Das Schlufskapitel behandelt die relative Sterilität, d. h. jenen Zustand, wo ein kopulations- und zeugungsfähiger Mann mit einem bestimmten, ebenfalls zeugungsfähigem Weib, meist seiner Ehefrau, einen befruchtenden Beischlaf nicht auszuüben vermag. — Ein ziemlich reichliches Litteraturverzeichnis, für welches jedoch F. den Anspruch der Vollkommenheit nicht erheben will, ist dem Buche noch beigegeben. Einige störende Druckfehler wie S. 62: ohne sicherer Indikation, ohne nachweisbarer, lokaler Veränderungen, colliculis statt colliculitis seminalis werden wohl bei einer Neuauflage des Buches ausgemerzt sein. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Ein Fall von Hyperkeratosis, von T. C. Fox. (*Brit. med. Journ.* 1. Mai 1897.) Ein 10jähriger Knabe zeigte eine aufserordentliche Hyperkeratosis des Nagelbettes an sämtlichen Fingern und Zehen, die infolgedessen deformiert und entstellt waren. Aufserdem hatte der Patient symmetrische hornige Schwielen an den Knöcheln, Fufssohlen, Kniekehlen und am Gesäfs. Vater und Grofsvater haben eine ähnliche Nagelaffektion gehabt. Es scheint also Heredität vorzuliegen, zumal eine andere Ursache, wie anhaltender Druck, nicht festgestellt werden konnte. *C. Berliner-Aachen.*

Die Diplokokken-Seborrhoe, von W. Hutchinson Merrill in Pepperell, Mass. (*New York med. Journ.* 9. Okt. 1897.) Die Ansicht, dafs das sog. Eccema seborrhoicum durch einen spezifischen Keim entsteht, datiert schon mehr als 20 Jahre zurück und Merrill bringt einen kurzen historischen Überblick über die von Malassez im Jahre 1874 begonnenen, von Bizzozero, Unna, van Hoorn und Sabouraud fortgesetzten Untersuchungen, wie auch die Resultate seiner eigenen Forschungen, welche zum Teil bereits früher veröffentlicht wurden. Nach diesen waren es zwei Arten von Diplokokken, ein sog. weifser und ein gelber (nach der Färbung der Kulturen bezeichnet), welche am häufigsten bei der genannten Hautkrankheit gefunden wurden: bei im ganzen 69 Fällen derselben der erstere 62, der andere 47 mal. Bei weiteren 13 Fällen wurden nun neuerdings diese Diplokokken 6, resp. 2 mal gefunden und 9 mal eine Überimpfung derselben auf Kopfhaut und Brust versucht. Von 28 Inokulationen haben 14 ein typisches oder nahezu typisches Aussehen gegeben, indem

die Affektionen an den Impfstellen den ursprünglichen ganz ähnlich waren; aus den Schuppen der künstlich erzeugten Seborrhoe wurden wieder dieselben Arten von Diplokokken gezüchtet, wie aus dem primären Leiden. Trotzdem in der Minderzahl der Fälle die Überimpfung nur gelang, glaubt Merrill doch, dafs mit dieser Isolierung und Reinzüchtung, Übertragung und wiederholter Reinkultur derselben Mikroorganismen die notwendigen Bedingungen erfüllt seien, um in diesen den spezifischen Krankheitskeim zu sehen. *Stern-München.*

Seborrhoea nigricans, von John K. Mitchell-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 15. Januar 1898.) Verfasser berichtet über einen Fall von Seborrhoea nigricans auf hysterischer Grundlage bei einem 24jährigen Mädchen. Die Affektion befiel beide Augenlider und die Umgebung der Augen, Stirn, Schläfe, obere Wangen. Temperaturwechsel und Anstrengungen aller Art üben einen anregenden Einfluſs auf die Erscheinung aus. Über Behandlung fehlen die Angaben. Mitchell berichtet über im ganzen sechs in der Litteratur beschriebene gleiche Fälle und hält die Erkrankung für identisch mit der Chromhidrosis Le Roy de Méricourts.

Eugen Hopf-Dresden.

Pityriasis rosea (Gibert), von W. Sarubin. (*Medicina.* 1897. No. 6/7.) Nach Erwähnung der Litteratur führt Verfasser aus eigener Praxis zwei Fälle an von Pityriasis rosea und zwei Fälle von Trichophytia cutanea, die mit ersterer Erkrankung von einigen Autoren identifiziert wird. Doch gelang es in beiden letzteren Fällen den spezifischen Krankheitserreger Trichophyton tonsurans zu finden, während bei den ersten Kranken ein Pilz in den Hautschuppen fehlte. Auf Grund dieses mikroskopischen Befundes hält Verfasser die Pityriasis rosea für eine nicht parasitäre Erkrankung, die nichts Gemeinsames mit der Trichophytia auch im klinischen Verlauf bietet, und verspricht, noch genauer auf den mikroskopischen resp. bakteriologischen Befund einzugehen. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Chronisches Ekzem der linken Hand, von Verstraeten. (*Annales de la Société de Médecine de Gand.* 1897). Der 75jährige Patient hatte vor mehreren Jahren eine schwere Variola durchgemacht, welche unter anderem am linken Arm, Vorderarm und dem Handrücken lange und breite, zum Teil keloid entartete Narben zurückgelassen hatte. Später entwickelte sich ein chronisches Ekzem, das, vom Handrücken ausgehend, sich über die Finger, die Nägel und den Handteller des linken Armes ausbreitete. Im Verlaufe der Zeit verschwand die Affektion am Handrücken, während nur noch die Nägel und die Handteller befallen blieben. Da die Narben über einzelnen Ausbreitungen des Radialis und Ulnaris verliefen und diese Nervenäste durch Druck, Zug etc. ungünstig beeinflussen mufsten, nimmt Verfasser an, dafs das Ekzem nervösen Ursprungs war. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zum Krankheitsbilde des Eccema tropicum (Lichen tropicus, Roter Hund), von Reinhold Ruge. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 39.) An der Zanzibarküste beobachtete Verfasser, als er auf dem Aviso „Pfeil“ in der heifsen Jahreszeit kreuzte, folgende Fälle: Ein Matrose bekam linsengrofse Pusteln in der Achselhöhle, die zu kleineren und gröfseren oberflächlichen Geschwüren mit ausgebuchteten Rändern zerfielen. Der Ausschlag verbreitete sich über die ganze rechte Rumpfhälfte bis zur Darmbeinschaufel; je weiter von der Achselhöhle, um so dünner gesät waren die Pusteln. — In der nächsten Zeit gesellten sich noch weitere derartige 17 Fälle hinzu; alle betrafen das seemännische Personal. Hauptsitze waren Achselhöhle, Gürtel, innere Flächen der Oberschenkel, Stellen, an denen die Schweifsabsonderung am stärksten die Verdunstungsmöglichkeit am geringsten ist und die Haut mechanisch gereizt wird

(Gürtel). An allen Stellen fand man ausgedehnte Geschwüre. Nur einmal konnte Verfasser das Hervorgehen der Pusteln aus roten Papeln beobachten, die zunächst in Bläschen, dann in Pusteln übergingen. Die Pusteln waren stets klein. Zuweilen trockneten sie schnell ein, die Heilung erfolgte unter Abschuppung. In der Hälfte der Fälle blieben starke Pigmentflecke zurück. Nachschübe, Recidive kamen nicht vor. Kein Fieber, keine Störung des Allgemeinbefindens; etwas Jucken und Schmerz an den geschwürigen Stellen. Unter Reinigungsbädern, Streupulver, Vaselin erfolgte die Heilung in ca. 8 Tagen. — Alle Patienten waren sonst kräftige Leute. Die Umstände, welche bei dem erkrankten seemännischen Personal mitspielten, waren: 1. gleichmäfsig hohe Lufttemperatur; 2. Mangel an gründlicher Reinigung mit Süfswasser und Seife; 3. fortgesetzte Seebäder (zweimal täglich); 4. Tragen von wegen seines Salzgehaltes stets feuchten Unterkleidern. — Verfasser erklärt nun die Erkrankung durch starkes Schwitzen, geringe Reinigung, Reizung durch Seesalz. Letztere gesellt sich zu der auflockernden, erweichenden Wirkung des Schweifses. Dafs dieses die richtige Erklärung ist, beweist das Erlöschen der Erkrankung, nachdem genügend Süfswasser zum Waschen und Abspülen des Körpers dem Personal geliefert wurde. — Diese pustulöse Form ist die schwerste Art des roten Hundes. Dafs dieselbe auch, wie Tribondeau meint, durch Schwächung des Körpers, geringe Widerstandsfähigkeit desselben ausgelöst werden kann, will Verfasser auch nicht ausschliefsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Ekzem des Nabels und dessen Behandlung, von Cantrell. (*Ther. Gaz.* Febr. 1897.) In Anbetracht der besonderen topographischen Verhältnisse nimmt das Umbilikalekzem meist einen besonders hartnäckigen Charakter an. Verwechselt konnte es eventuell werden mit Psoriasis, Syphilis, Pediculosis, Scabies. Bei der Therapie kommen in Betracht: für die akuten Fälle Adstringentien (Kalomel- oder Antifebrinsalben); für chronische Formen: Stimulantien in Gestalt von Resorcin, Salicylsäure, Salol, Thymol. *C. Müller-Genf.*

Die lokale Behandlung der umschriebenen Ekzemformen, von Duhring. (*Americ. Journ. of Medic. Sciences.* April 1897.) Verfasser ist im allgemeinen, besonders bei ausgebreiteten, chronischen, recidivierenden Ekzemen der Ansicht, dafs interne Therapie, Diät, Hygiene das meiste leisten müssen; indes giebt er zu, dafs eine Menge begrenzter Ekzeme durch örtliche Mittel allein geheilt werden können. Im folgenden bespricht er die Ekzeme der einzelnen Körperstellen und giebt die mannigfachen Applikationsarten der Heilmittel an, die je nach dem Sitze der befallenen Hautstellen sehr verschieden gewählt werden können. *F. Hahn-Bremen.*

Lippenekzeme und Mundwässer, von A. Neisser. (*Therap. Monatsh.* 1898. Februar.) Verfasser berichtet über einen Knaben, dessen hartnäckiges, die Mundöffnung umgehendes Ekzem trotz aller Behandlung nicht schwand, als bis das als Mundwasser benutzte Odol bei Seite gesetzt wurde. Als Ursache dieser Reizwirkung betrachtet Verfasser die im Odol vorhandenen ätherischen Öle. In zwei anderen Fällen konnte er auch konstatieren, dafs die den Mundspülwässern und Zahnpulvern beigemengten ätherischen Öle die Ursache perioraler Dermatitiden waren. In einem vierten, schweren Falle konnte durch Aussetzen der mit Ol. Menth. pip. und Ol. caryophyllorum versetzten Mundpflegemittel allerdings keine Heilung, aber doch eine sehr erhebliche Besserung erzielt worden. — Jedenfalls ist dieser Hinweis sehr beherzigenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Psoriasis (Schuppenflechte) in Zusammenhang mit Gicht und Diabetes, von Karl Grube. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 52.) Verfasser hat Kombination

von Gicht und Diabetes mit Psoriasis gesehen und glaubt nicht an ein zufälliges Zusammentreffen. Engliche, amerikanische und französische Autoren machen vielfach die Psoriasis von der Harnsäurediathese abhängig (Watson, Bulkley, Holland, Garrod). Gerhard schildert den Zusammenhang der Psoriasis mit Gelenkaffektionen, ohne die Gicht zu erwähnen. Burdillon bestreitet den Zusammenhang der Psoriasis sowohl mit der Gicht wie mit dem Rheumatismus, was Verfasser nicht unterschreiben kann. Psoriasis kann nach ihm als alleiniger Ausdruck der gichtischen Anlage und in Verbindung mit anderen gichtischen Erscheinungen auftreten. Auch kommen Wechselbeziehungen zwischen Gicht und Psoriasis vor. — Über Diabetes und Psoriasis sagt die Litteratur sehr wenig (Morrow, Polotebnoff, Nielssen, Schütz). Verfasser führt neun Fälle an, darunter betreffen auffallender Weise acht englische Patienten: 1. 40 Jahre alter Patient aus gichtischer Familie; Diabetes; Psoriasis. 2. 39 Jahre alter Patient; Diabetes; Psoriasis; Abnahme der Psoriasis im letzten Stadium des Diabetes. 3. Bruder des vorigen, 30 Jahre alt; Diabetes; Psoriasis; Abnahme der Psoriasis im letzten Stadium des Diabetes. 4. 50 Jahre alter Patient aus gichtisch rheumatischer Familie; Psoriasis; Diabetes. 5. 58jährige Frau; Arthritis seit dem 19. Lebensjahre; Psoriasis; Verschlimmerung der Psoriasis bei günstiger Einwirkung der Kur. 6. 52jähriger Kapitän; Adipositas; Arthritis; Psoriasis; Rückgang der letzteren während eines arthritischen Anfalls. 7. 28 Jahre alter Patient; Vater arthritisch und diabetisch; Arthritis; sehr geringe Glykosurie; Psoriasis. 8. 57 Jahre alte Patientin aus arthritischer Familie; doppelseitige Katarakt; Diabetes; Psoriasis. 9. 26 Jahre alte Patientin von arthritischem Vater; Psoriasis; Linsentrübungen. (Für die Anschauung des Verfassers beweisen die neun Fälle bei dem häufigen Vorkommen von Psoriasis wenig. Nötig wäre vor allem die statistische Angabe, unter wieviel Kranken von Arthritis und Diabetes Verfasser diese Kombination gefunden hat. Sie hat um so weniger eine Bedeutung, je gröfser das Material ist. Was wollen neun Psoriasisfälle etwa unter tausend Diabetes- und Arthritisfällen für einen vorhandenen Zusammenhang beweisen? Im Gegenteil, sie beweisen, dafs kein solcher besteht, sonst müfste man viel mehr Fälle einer derartigen Kombination finden. Die Wechselbeziehungen sind auch bedeutungslos, da die Ausbreitung und Heftigkeit der Psoriasis überhaupt umgekehrt proportional allen den Körper schwächenden Krankheiten ist. Kurz, so dankenswert die Mitteilung solcher Fälle ist, beweisend sind sie nicht. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Fälle von Psoriasis des Nagels, von Frèche. (*Ann. de la Policlinique de Bordeaux.* 1897. No. 40.) Als konstante Symptome bei den beschriebenen vier Fällen erwähnt Verfasser: die Ablösung des Nagels von seinem Bette, die weifse Zone am freien Rande als Folgezustand der Hyperkeratose der subungualen Rinne, eine bräunliche Zone, die ihrerseits wieder von einer weifslichen Linie begrenzt wird; Streifen, Eindrücke, Punkte auf der Nagelfläche. Von allen diesen Zeichen ist jedoch keines für Psoriasis pathognomisch. Doch zeichnet sich die Hyperkeratose, die zwar auch bei Ekzem und Trichophytie beobachtet wird, bei der Psoriasis durch besondere Einzelheiten aus: sie besteht aus weifsen Hornmassen, die so über einander geschichtet sind, dafs sie eine kompakte kalkartige Masse bilden, die nach und nach weifs und beim Abkratzen perlmutterartig wird. Sie haftet sowohl der unteren Fläche des Nagels als dem Nagelbett fest an und füllt die Nagelfurche vollständig aus; sie ist jedoch weniger kompakt und weifser als die Hyperkeratose beim Ekzem und zeigt andererseits nicht die Längsstreifen, wie bei der Hyperkeratose der Trichophytie, die ausschliefslich das Nagelbett betrifft.

C. Müller-Genf.

Über Psoriasisbehandlung, von KARL HERXHEIMER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 35.) Die Ansichten über den Heilwert des Arsenik bei Psoriasis gehen auseinander. Verfasser sah positiven Erfolg bei einem Teil der Patienten; die Mifserfolge führte er auf geringe Dosierung resp. auf die zu kurze Anwendung zurück. In jüngster Zeit hat er intravenöse Arseninjektionen versucht. Dieselben werden unter sorgsamer Antisepsis im Ellenbogen, seltener in der Kniekehle mit der PRAVAZschen Spritze gemacht. Es wird mit 0,001 Acid. arsenicos. begonnen, jeden Tag injiziert, jeden andern Tag um 0,001 gestiegen bis 0,015. Bei 28 Patienten wurde die Behandlung durchgeführt. Es waren die verschiedensten Formen der Psoriasis, die verschiedensten Lebensalter vertreten. Von den 28 Patienten wurden drei auch extern behandelt, die bei der Beurteilung auszuscheiden sind. Von den übrigen 25 wurden 10 vollkommen geheilt, 6 traten gebessert aus dem Krankenhause aus, 9 sind noch in Behandlung. Die Heilung beginnt Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche unter Zunahme der Pigmentierung und Abnahme der Schuppung; dann folgt Abflachung der Efflorescenzen. Die Pigmentierungen schwanden meistens später wieder. Heilungsdauer im Mittel 48 Tage. — Bedrohliche Symptome wurden niemals beobachtet. Nur einmal bildete sich eine Thrombose; es war die erste Injektion des Arztes. Sie heilte in zwei Wochen. Kleine Furunkel, gröfstenteils auf den Psoriasisplaques, Zoster, Diarrhoe traten vorübergehend auf. Dafs die Psoriasis durch intravenöse Injektionen zu heilen ist, dürfte nicht zweifelhaft sein; fraglich ist, wie es mit den Recidiven wird. Mit der Heilkraft des Arsenik bei Psoriasis verhält es sich ähnlich wie mit derjenigen des Hydrargyrum bei Lues. Es dürfte deshalb auch ein analoges Verfahren bei der Psoriasis am Platze sein, eine chronisch-intermittierende Behandlung auch in psoriasisfreier Zeit. Die Methode hat keine Gefahr, wenn auch vielleicht manche Patienten den Arsenik nicht vertragen werden. Die Patienten dürften sich auch leicht zu diesen intermittierenden venösen Injektionen verstehen, zumal wenn man sie darauf hinweist, dafs die Psoriasis zu unangenehmen Entstellungen, Arbeitsunfähigkeit, zu schweren Komplikationen, Siechtum, selbst Exitus führen kann. (Nur nicht so schwarz malen. D. Ref.) — Verfasser will Haupt- und Nebenkuren unterscheiden; erstere mit intravenösen oder wenigstens parenchymatösen Injektionen, letztere mit interner Darreichung. — An einem Patienten hat Verfasser eine solche chronisch-intermittierende Behandlung seit 1½ Jahren durchgeführt. Derselbe hat in einem Jahre vier interne Arsenkuren, jede zu zwei Monaten, durchgemacht. Recidive traten nach einem Jahre im kleinen Mafsstabe auf. Damals wurden aber die intravenösen Injektionen noch nicht verwendet,

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Psoriasis mit Orchitininjektionen. (*Presse méd.* 1897. No. 58.) BOUFFÉ hat in 83 Fällen veralteter und sehr ausgebreiteter Psoriasis täglich eine Injektion von 10—20 ccm während drei Monaten im Mittel gemacht und damit einen Procentsatz von 77 Heilungen ohne Recidive erzielt. Wo sich die Psoriasis mit Syphilis kompliziert und die Hauterscheinungen dieser letzteren vollständig verdeckt, mufs mit der Orchitinbehandlung begonnen werden. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Psoriasis, von E. HEUSS-Zürich. (*Ther. Wochenschr.* 1897. No. 33—34.) H. resümiert seinen Vortrag in folgenden Schlufssätzen: 1. Ätiologie und Pathologie der Psoriasis ist uns unbekannt; vielleicht beruht sie auf einer Pilzinvasion auf besonders dazu (hereditär oder erworben) disponiertem Boden. 2. Es giebt keine Behandlungsmethode, die im stande wäre, Psoriasis dauernd zu heilen oder Recidive mit Sicherheit hinauszuschieben. 3. Insofern ist die Prognose quoad sanationem ungünstig, während sie quoad vitam gut ist. 4. Immerhin giebt es Fälle,

die aller Therapie spotten, besonders die sog. arthritischen Formen. Auch giebt es seltene, echte Psoriasiserkrankungen, die zu allgemeiner Dermatitis und weiter zum letalen Ausgang führen können. 5. Die erste Rolle bei der Psoriasisbehandlung spielt die äufsere Lokaltherapie, die Beseitigung der durch Infektion und Prädisposition gesetzten Veränderungen (psoriatische Efflorescenzen). 6. Das Antipsoriaticum par excellence ist das Chrysarobin. In leichteren Fällen, für gewisse Lokalisationen, kommen Acid. pyrog., Teer, Hydr. praec. alb., Acid. salicyl. etc. in Betracht. 7. Eine erfolgreiche medikamentöse innere Behandlung (Arsen, Jodkalium, Thyreoidin) giebt es nicht. Die Regulierung der Diät etc. kann bei der Behandlung unterstützend wirken. 8. Vielleicht gelingt es, durch geeignete Maſsnahmen (Nachbehandlung mit Bädern, schwachen Salicylsäure-Salben) die Infektionsempfänglichkeit der Haut vor Reinfektion für einige Zeit zu schützen, Recidive hinauszuschieben.

C. Müller-Genf.

Der Streptococcus als konstantes pathogenes Agens der Impetigo und des Ekthyma, von Balzer und Griffon. (*Presse méd.* 1897. No. 89.) Die Verfasser haben 14 Ekthyma- und 31 Impetigofälle bakteriologisch untersucht und ausnahmslos den Streptococcus im Reinzustande, in Gestalt eines im Protoplasma der Leukocyten eingeschlossen oder freistehenden Diplococcus mit feinen Körnern konstatiert und betrachten denselben, zumal auf Grund ihrer Experimente an Tieren, als das pathogene Agens der genannten Dermatosen. *C. Müller-Genf.*

Beim Menschen beobachtete Erkrankungen infolge von Infektion mit Maul- und Klauenseuchegift, von Stierlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 28.) Von den 3 Krankengeschichten ist die erste allein in ätiologischer Hinsicht leicht verwertbar, denn der betreffende Mann verbrachte eine Nacht in einem Rinderstalle und hatte Käse und Milch zu sich genommen. 4 Tage später erkrankte er mit Unbehagen, Schlingbeschwerden und Diarrhoe. Am nächsten Tage Fieber (39,0), Auftreten eines urticariaähnlichen Exanthems am gröfsten Teile des Körpers, mit heftigem Jucken verbunden; Schwellung und Rötung der Rachenorgane. Am nächstfolgenden Tage tritt an Stelle der Urticaria ein masernartiger Ausschlag, welcher jedoch bis abends schwindet. Temperatur 38—38,5°. Am Tage darauf Abblassen des Erythems, abends wieder Urticaria an den Schenkeln. Schlingbeschwerden bedeutend, Aphthen an der Uvula, den Gaumenbögen und Tonsillen. 39,5°. Benommenheit des Sensorium, leichte Delirien. Vom 5. Tage der Erkrankung an tritt Besserung ein, am 7. Tage ein nochmaliger Nachschub von Aphthen unter leichter Temperaturerhöhung, dann rasche definitive Heilung. In diesem Falle sind also die Erscheinungen im Munde und Rachen deutlich aufgetreten, während die Finger verschont blieben. — Im zweiten Falle liefs sich über die Infektionsquelle nichts erforschen; dagegen zeigten sich die klinischen Erscheinungen sowohl im Munde und Rachen (Stomatitis und Pharyngitis aphthosa), als auch an den Fingern der rechten Hand, wo ein Blasenausschlag konstatiert wurde. Bläscheneruptionen traten aufserdem auch auf der Unterlippe auf. — Der dritte Fall läfst ebenfalls den Infektionsursprung im Dunkeln, da die betreffende Patientin in die Nähe von seuchenkrankem Vieh nicht gekommen ist. Dagegen hat dieselbe Milch, Butter und Käse genossen. Die klinischen Erscheinungen bestanden in einem masernartigen Erythem, welches in Form lebhaft roter Flecke von verschiedenen Dimensionen Brust, Schultern und Handrücken bedeckte. Fieber fehlte zunächst, erst später trat es bedeutend auf. Später stellten sich Blutungen aus dem Nasenrachenraum, diffuse Rötung der Rachenorgane, endlich zerstreute herpesartige Bläschen im harten Gaumen und Rachen ein, jedes von einem intensiv roten Hofe umsäumt. Tags darauf waren die Bläschen in weifsliche Aphthengeschwürchen

verwandelt, doch gingen alle Erscheinungen in wenigen Tagen zurück. — Der Verfasser giebt wohl zu, dafs dieser dritte Fall als nicht ganz „eindeutig" beanstandet werden könnte, glaubt aber mit Rücksicht auf die in der Litteratur niedergelegte Variabilität der Erscheinungen bei Maul- und Klauenseuche ihn dennoch dieser Zoonose zuzählen zu dürfen, um so mehr, als die eigentümlichen Symptome in den Rahmen eines anderen Krankheitsbildes sich durchaus nicht fügen wollen. — Die Dauer der Inkubation scheint zu schwanken zwischen 3—5 Tagen. Zwischen Inkubation und Ausbruch der Aphthen liegt meist ein Prodromalstadium von 1—3 Tage Dauer. In dieser Krankheitsperiode zeigt sich auch gewöhnlich Fieber mit einem Bestande von 2—3 Tagen; mit dem Auftreten der Aphthen geht dasselbe zurück. Ins Prodromalstadium können ferner fallen Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Nasenbluten, vor allem aber die oft beobachteten Exantheme, welche bald masern-, bald scharlachartig, bald unter dem Bilde einer Urticaria, entweder am ganzen Körper oder auf einem Teile seiner Oberfläche auftreten. Diese Ausschläge sind sehr beachtenswert und diagnostisch bedeutsam, sobald sie mit aphthöser Mundentzündung zusammen auftreten. — Den Kern des Krankheitsbildes bilden natürlich die Erscheinungen am und im Munde, im Rachen und an den Händen, mit deren Erscheinen das Prodromalstadium sein Ende erreicht. Die Eruption, welche häufig schubweise erfolgt, besteht auf der äufseren Haut in gröfseren oder kleineren Bläschen, auf Schleimhäuten in Bläschen oder Aphthen. Diese Blasen wurden gleichzeitig auch an den Händen oder Füfsen beobachtet, seltener ausschliefslich an den Händen. — Es ist einleuchtend, dafs sich die Diagnose von selbst aufdrängt, wo Extremitäten, Lippen, Mund oder Rachen gleichzeitig ergriffen sind, da es kaum eine andere Krankheit giebt, wo solche Symptome zusammenfallen; bei Eruption am Mund allein ist die Diagnose schwankender, falls nicht charakteristische Prodrome vorangingen oder die Ätiologie auf der Hand liegt. *Neuhaus-München.*

Epidermolysis bullosa acquisita, von A. H. Ohmann-Dumesnil - St. Louis. (*St. Louis Med. et Surg. Journ.* Oktober 1897.) Von vielen als Pemphigus neonatorum, von anderen als Epidermolysis bullosa congenita bezeichnet, tritt bei Neugeborenen eine Hauterkrankung auf, welche dadurch charakterisiert ist, dafs auf geringen Druck hin Blasenbildung und Ablösung der Oberhaut erfolgt; es sind bis jetzt etwa 40 Fälle dieser Art beschrieben worden. Verf. führt hier einen Fall vor, welcher bei einem Erwachsenen, einem 36jährigen Manne, zwei Tage nach Gebrauch einer Jodoformsalbe (wegen chronischer Ellenbogenentzündung) sich einstellte. Um das rechte Ellenbogengelenk und in der Ellenbogenbeuge bildeten sich Blasen von Linsen- bis Pfennigstückgröfse, dazwischen Rötung der Haut, der Inhalt der Blasen war Serum ohne Eiter. Unter antiseptischer Puderbehandlung und sorgfältigem Verbande trat nach einer Reihe von Tagen völlige Heilung ein. Von der angeborenen Epidermolysis — den Ausdruck Dermatitis bullosa verwirft Verf., weil keine eigentliche Hautentzündung vorhanden sei — unterscheidet sich dieser Fall dadurch, dafs die Nägel nicht ergriffen waren und kein Trauma oder Druck ätiologisch anzusprechen war. (Referent erlebte erst vor kurzem einen ähnlichen, aber hartnäckigeren Fall nach Applikation einer schwachen (1 : 2000) Sublimatlösung und glaubt, dafs es sich bei dieser Epidermolysis um einen, durch ein Medikament [Jodoform, Sublimat] veranlafsten Hautreiz, d. h. eine Art Idiosynkrasie) handle. *Stern-München.*

Ein Fall von akutem Pemphigus (?), von J. Priestley. (*Lancet.* 31. Oktober 1896.) Ein 24jähriges Mädchen, welches früher verschiedentlich an Periostitis und an einer Lungenaffektion gelitten hatte, erkrankte mit eigentümlichen, auf Variola hinweisenden Symptomen. Bei der Aufnahme am dritten Krankheitstage zeigte

Patientin einen scharlachroten Ausschlag auf dem gröfsten Teile der Brust, der Arme, des Rückens und auch an Wange und Stirn. An Hals und Brust fanden sich auch mehrere gröfsere, geplatzte Blasen wie nach Verbrennung. Leber und Milz waren vergröfsert; es bestand Albuminurie, Fieber bis 40,5° und 41,5°; Rachenschleimhaut entzündet. Am siebenten Tage erfolgte Exitus letalis, nachdem noch weitere zahlreiche Blasen auch an nicht geröteten Hautstellen aufgetreten waren. Die Obduktion ergab keine bestimmten Anhaltspunkte. *Philippi-Remscheid.*

Zur Lehre und Diagnostik des Pemphigus, von Friedrich Luithlen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 29.) Die Duhringsche Dermatitis herpetiformis hat, so führt Verfasser aus, viele Verwirrung angerichtet, viele scharf umschriebene Krankheitsbilder unklar gemacht, besonders aber die Diagnose Pemphigus sehr erschwert, so dafs der Pemphigus vielfach ganz in den Hintergrund gedrängt ist. In wieweit ist nun die Abgrenzung der Dermatitis herpetiformis vom Pemphigus anatomisch begründet? Leredde und Perrin legen auf den Befund von eosinophilen Zellen im Blute und Blaseninhalte bei Dermatitis herpetiformis grofsen Wert. Derselbe Befund ist aber bereits früher bei Pemphigus von Neusser, Lukasjewicz und Gollasch erhoben. Nach Leredde und Perrin bilden sich die Blasen bei der Dermatitis herpetiformis durch Exsudation aus dem an eosinophilen Zellen überreichen Blute, indem sich das Exsudat zwischen Cutis und Rete ergiefst; die Pemphigusblasen aber liegen im Rete selbst. Jedoch ist das nicht richtig; auch beim Pemphigus, wie bei allen stürmischen Blasenbildungen findet man das Rete abgehoben, während beim Erythema multiforme die Blase im Rete sich bildet. — Kromayer hat durch Pemphigusblaseninhalt eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Corium und Epithel künstlich hervorgerufen. Verfasser bestätigt dieses Ergebnis. Kleine, frisch excidierte normale Hautstücke werden in Blaseninhalt teils von Pemphigus, teils von Verbrennungen gelegt, bestimmte Zeit in den Brutofen gestellt, dann in Alkohol und Celloidin gebracht. Man fand dann, dafs bei den Hautstücken, die in Pemphigusblaseninhalt gelegen, schon nach 15—20 Stunden das Epithel glatt von der Cutis losgelöst ist ohne Zerstörung der tiefsten Epithelschichten. Der Inhalt von Brandblasen erzielt dasselbe erst in vier Tagen, aber mit Zerstörung der letzteren. Weitere Versuche lehrten, dafs der Inhalt keiner Blase dieselbe Eigenschaft hatte, wie derjenige der Pemphigusblasen. Es hat also der letztere eine spezifische Wirkung auf den Zusammenhang von Epithel und Corium. Verfasser sieht in dieser Eigenschaft ein diagnostisches Hülfsmittel für die Feststellung eines Pemphigus und hofft dadurch letzteren gegen die Einschränkung durch die Dermatitis herpetiformis zu schützen. (Schade, dafs Verfasser nicht schon die gleiche Untersuchung an Fällen angestellt, die andere Autoren klinisch als Dermatitis herpetiformis bezeichnen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Dysidrosis, von Farez. (Dissertation, 1897.) Verfasser betrachtet die Dysidrosis als eine auf „neuroarthritischer" Basis sich entwickelnde Neurotoxidermitis, d. h. als eine toxische vasomotorische Dermatose. Er giebt ausführliche Angaben über die pathologische Anatomie und die Symptomatologie der Affektion und empfiehlt als Behandlung Occlusivverbände, Ruhe, Unterbrechung aller körperlichen Arbeit und Vermeidung aller die Dysidrosis bedingenden ursächlichen Momente (heftige gemütliche Erregungen, akute Intoxikationen, mechanische, kalorische, chemische Reize), Antisepsis des Darmkanals, Regulierung der Diät, Sorge für rasche Ausscheidung der Zersetzungsprodukte etc. aus dem Organismus, Tonica des Nervensystems. (*Indép. méd.*, 1897, pag. 241.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Favus scrotalis, von Bruno Leitz. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 31.) Ein 28jähriger Patient mit Lungentuberkulose, infolge starker, durch

hämorrhagische Diathese bewirkter Haut- und Schleimhauthämorrhagien sehr heruntergekommen, bekommt nach Beseitigung dieser brennendes Jucken am Scrotum. Die Haut desselben ist leicht gerötet, mit kleinen, schwefelgelben oder gelbbräunlichen, central vertieften Scheibchen („Schildchen") bedeckt. Nur ein Teil derselben ist von einem Härchen durchbohrt. Diese Scheibchen haften fest. Das Mikroskop ergiebt, dafs dieselben aus einer Reinkultur des Favuspilzes bestehen. Die Therapie bestand in Entfernung der Scutula mit Pincette nach vorheriger Aufweichung durch Lysolumschlag. Dieser wurde dann noch einen Tag applisiert, worauf Heilung eintrat. — Die Ansteckung mufs, da Patient schon sieben Wochen in der Klinik (Greifswald) lag, in dieser erfolgt sein. Nun war aber kein Favusfall zur Zeit in derselben, wie überhaupt Favus nur sehr selten dort zur Beobachtung kommt. Jedoch hat vier Wochen vor der Aufnahme des Patienten ein Favuskranker die Klinik verlassen, der in demselben Zimmer gelegen hatte. Möglicherweise war des Patienten Haut durch seine schwere Erkrankung besonders zur Infektion disponiert. — Der Sitz am Scrotum ist nicht so selten. Unter 50 Fällen von Favus der unbehaarten Haut war das Scrotum 7 mal (= 14 %) ergriffen. Die häufige Maceration der Scrotalhaut besonders bei bettlägerigen Kranken erklärt das häufige Ergriffensein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einen Fall von Favus universalis demonstrierte Havas in der k. ung. Ärzte-Gesellschaft (21. März 1896). Bei dem 14jährigen Mädchen begann die Erkrankung bereits im 6. Lebensjahre am behaarten Kopfe, verbreitete sich seit dieser Zeit auf das Gesicht, auf die Extremitäten und Rumpf. Zur Zeit sind auf dem ganzen Körper zerstreut Favusscutula zu sehen. Die Affektion zeigt hier das Bild einer schweren Erkrankung, welches noch dadurch erschwert wird, indem der Prozefs sich bereits bis zum Trommelfell auch fortsetzte, wodurch das Hörvermögen schwere Beschädigungen erleiden kann, indem doch das Achorion Schönleinii bekanntermafsen auch in das Bindegewebe eindringt, daselbst Entzündung und Narben nach sich ziehen kann.

A. Aschner-Budapest.

Favus des Augenlides, von Pergens. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Juli 1897.) Am unteren rechten Augenlid eines 14jährigen Knaben safs eine schmutzig gelbweifse, glanzlose, wie eingepudert aussehende Masse, welche die Cilien in sich schlofs. Die abgehobenen Massen waren leicht faserig, wie dickes Fliefspapier. Die Cilien waren nicht brüchig. Diese Auflagerung bestand aus Mycelien in der Mitte und Sporen an der Oberfläche. In Kochsalzwasser wuchsen die Mycelien weiter aus. Auch an den Cilien des Oberlides hafteten einige Favusteilchen. Der Ursprung dieser Favuserkrankung war nicht nachzuweisen, der Patient war mit keinem an Favus leidenden Tier oder Menschen in Berührung gekommen. — Die Heilung erfolgte nach Entfernung der Borken in sechs Tagen unter Reinigung mit 4% Jodnatriumlösung und Aufträufeln von 2% Höllensteinlösung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Favismus und seine Behandlung, von Ant. Guiseppe Cipriani. (*Deutsche Medizinalztg.* 1898. No. 1.) Das hier geschilderte Leiden interessiert die Leser dieser Blätter nur wegen des Namens, der vielleicht den Verdacht erregen könnte, dafs es sich um Favus oder etwas ähnliches handelt. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Unter Favismus versteht der Verfasser eine auch fieberhafte Erkrankung, die durch Inhalation oder Genufs von Bohnenblüten hervorgerufen wird (Inspirations- und Digestions-Favismus). Näher kann hier nicht auf das Leiden eingegangen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Trichophytie und Favus, von P. G. Unna. (*Deutsche Medizinalztg.* 1897. No. 88.) In seinem vor Ärzten gehaltenen Vortrage geht Verfasser zunächst auf die verschie-

denen von Sabouraud abgegrenzten Trichophytonarten ein, schildert zunächst das durch das Mikrosporon erzeugte Krankheitsbild und die mittelst der Alkoholmethode leicht gelingende Züchtung des genannten Pilzes. Für die Leser dieser Zeitschrift dürfte ein näheres Eingehen auf diesen Teil ebensowenig nötig sein, wie auf die folgenden Betrachtungen der verschiedenen Trichophytien und des Favus. Nur die genau geschilderte Therapie sei eingehend berichtet: Bei Mikrosporie wird zunächst rasiert und mit Hülfe von grüner Seife tüchtig gereinigt, darauf tägliches Aufpinseln von Collodium auf den Fleck und dessen nächste Umgebung während 5—7 Tage. Nach dieser Zeit wird das Collodiumhäutchen abgezogen; an ihm haften dann alle Haarstümpfe und Schüppchen. Auf die entblößte Haut kommt Jodtinktur und Jodbleipflaster; 2—3 mal wöchentlich Revision, Rasieren. Heilung in 6—8 Wochen. — Die grofssporige Trichophytonform erfordert nach Sabouraud die Applikation des Krotonöl-Salbenstifts (Ol. Crotonis 5,0, Adip. lan. Cer. flav. ää 2,5) auf die rasierte Hautstelle und die Wiederholung dieser Prozedur, nachdem die entstehende kleinpustulöse Dermatitis geschwunden ist. Die Reste werden durch Elektrolyse, Galvanokaustik oder reines Krotonöl beseitigt. Unna zieht seine bekannte Chrysarobinkur vor. Kulturversuche kontrollieren den Effekt. — An der nackten Haut genügt die Anwendung der Jodtinktur oder des Chrysarobinpflasters. — Gegen die knotige Trichophytie des Bartes sind Quecksilberichthyol oder Quecksilberkarbolpflaster von Nutzen bei täglicher Reinigung mit Benzin, Seife und Einschäumen der Knoten mit Ichthyol-Salicyl-Salbenseife:

Sapon. unguin.	85,0
Ichthyol	10,0
Acid. salicyl.	5,0

Beim Kerion genügt das Aufpinseln von reinem Ichthyol. Die Heilung erfolgt ohne Narbenbildung, die bei Sabouraud sich stets einstellt. — Der Favus des Kopfes erfordert gründliche Beseitigung der Scutula mit Öl, Seife, stumpfen Instrumenten und sorgsame, wiederholte Epilation. Die Haare werden kurz geschnitten, nicht rasiert. Zur Entfernung der Haare empfiehlt Verfasser das Enthaarungsstengelchen, eine Harzmischung in Gestalt eines Salbenstifts. Dasselbe wird über der Flamme erweicht, noch heifs auf die Haarstümpfe aufgedrückt und nach einer kurzen Weile abgezogen, wobei die Haarstümpfe folgen. Auf die Epilation folgt die Applikation von Jodtinktur oder Jodsublimatlösung:

Glycerin	10,0
Sublimat	0,2
Tinct. Jod. ad	100,0

Das Chrysarobin ist ohne alle Wirkung beim Favus. Auf der nackten Haut heilt Jodtinktur denselben schnell. — Nägel mit Trichophytie oder Favus werden mit Kalilauge erweicht, abgeschabt und mit Jodtinktur bepinselt. Rascher wirkt die totale Abtragung des Nagels unter Lokalanästhesie und das Auflegen von Jodbleipflaster während des Wachstums des neuen Nagels. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Trichophyton tonsurans capitis mit Formaldehyd, von Leslie Roberts. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Der Verfasser wendet sich hauptsächlich gegen Alfred Salters Behauptung, dafs die wohlthuende Wirkung des Formalins in der aufserordentlichen Penetrationskraft beruhe. Wenn das Formaldehyd thatsächlich den Trichophytonpilz tötete, indem es in den Haarfollikel eindringe, so müfste der intrafollikuläre Teil des befallenen Haares nach einer hinreichend langen Behandlung mit Formalin auf Nährböden gebracht steril sein. Verfasser hat sich experimentell von dem Gegenteil überzeugt. Dem Formalin schreibt er eine wohlthuende stimulierende Wirkung auf die Haarpapillen zu. *C. Berliner-Aachen.*

Über den Gebrauch des Ichthyols bei der Trichophytie, von DE AMICIS. (*Giornale internas. d. sc. med.* 1897. No. 12.) Verfasser zieht das Ichthyol, besonders bei den Kindern, allen anderen parasiticiden Präparaten vor. Dasselbe ist unschädlich und reizlos, muſs aber in starken Koncentrationen (40% Salben) angewendet werden, da es in schwachen Dosen nur die Entwickelung des Pilzes hemmt, nicht aber seine Lebensfähigkeit aufhebt. Gleichzeitig mit den Ichthyolapplikationen muſs die Epilation gemacht werden. Es ist ferner ein vorzügliches Medikament bei Sykosis parasitaria, indem es die entzündlichen Erscheinungen rasch aufhebt. *C. Müller-Genf.*

Über Glossitis superficialis (MOELLER), von POLYÁK. (*Orvosi-Hetilap.* 1896. No. 50 u. 51.) Diese Erkrankung der Zunge wurde zuerst in den 40er Jahren von MOELLER beschrieben, im Jahre 1890 lenkte MICHELSON wieder die Aufmerksamkeit auf diese Erkrankung durch Publikation von 3 Fällen. Verfasser hatte ebenfalls Gelegenheit 4 Fälle zu beobachten, deren Krankengeschichten er mitteilt. Mit seinen 4 Fällen sind bis jetzt 14 Fälle in der Litteratur veröffentlicht, von denen 12 weiblichen, 2 männlichen Geschlechtes waren; die Affektion tritt zumeist im mittleren Alter auf. Der objektive Befund bei der MOELLERschen Glossitis superficialis ist in der Regel folgender: Es bilden sich auf der Zunge, hauptsächlich auf dem Rücken und deren Spitze, seltener auch auf dem unteren Teil, cirkumscripte mit der Umgebung ein Niveau bildende hellrote, flache, glänzende, etwas trocken aussehende Flecke von verschiedener Gröſse, welche manchmal infolge eines Reizes, hauptsächlich nach dem Essen, vom Niveau der Zunge emporragen können; dieselben sind nie mit einem Belag versehen. Diese Flecken kommen manchmal auch auf der Mundschleimhaut vor. Im allgemeinen sind sie äuſserst schmerzhaft, jedweder Reiz genügt, dieselben hervorzurufen. Bei der objektiven Untersuchung ist das Fehlen von Geschmacksempfindungen nicht zu konstatieren. Die Affektion befällt zumeist solche Individuen, deren Konstitution eine geschwächte ist, hauptsächlich Frauen, die hochgradig nervös sind, an chronischem Magenkatarrh leiden. Vom anatomisch-pathologischen Standpunkte betrachtet ist die Affektion als ein in der subepithelialen Schichte lokalisierter, irritativer Prozeſs aufzufassen, welcher sowohl mit den Gefäſsen als auch den Nervenendigungen in Beziehung steht. Demzufolge entsteht eine Hyperämie, von den Gefäſsen tritt mäſsig Serum aus, und von der serumdurchtränkten Schichte löst sich die Hornschichte ab, wodurch diese Stellen glatt und glänzend erscheinen. Verfasser hält diese Erkrankung für eine so charakteristische, daſs sie von der Syphilis, Lingua geographica, von den SCHECHschen idiopathischen Schleimhautgeschwüren, von der bei Rauchern an der Zungenspitze auftretenden Papillitis, von der Leukoplakia buccalis und der desquamativen Glossitis leicht zu unterscheiden ist, ebenso von Herpes und den Aphthen. — Therapeutisch ist nicht viel zu erreichen. Lokal sind stets nur gelinde Waschmittel zu benutzen, deren Erfolg in der Regel nur ein vorübergehender ist, reizende und ätzende Mittel sind zu vermeiden in Anbetracht des irritativen Zustandes. Zu berücksichtigen sind die Erkrankungen innerer Organe, durch deren Behandlung oft eine Besserung zu erzielen ist. Am zweckmäſsigsten scheint ihm noch die Bepinselung der erkrankten Stellen mit einer 1% Kokain enthaltenden Glycerinlösung vor dem Essen. *A. Aschner-Budapest.*

b. *der Cutis.*

Über Bothryomykosis humana, von PONCET und DOR (*Lyon méd.* 1897, No. 5.) Den vier bisher bekannten Fällen von Bothryomykose beim Menschen reiht sich ein fünfter an. Er betrifft einen Wirt, bei dem sich im Handteller ohne vorangegangenes

Trauma irgend welcher Art ein kleines, leicht blutendes, gestieltes Granulom entwickelte, in welchem die charakteristischen traubenförmigen Pilze nachgewiesen werden konnten (Bothryomyces). *C. Müller-Genf.*

Fall von Erythrodermie bei Mykosis fungoides, von B. Laparski. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 4.) Ein 50jähriger Patient erkrankt bereits zum sechsten Male seit 1894 auffallsweise. Es stellten sich geringes Jucken zwischen den Fingern, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Wirbelsäule ein. Nach 3—4 Tagen erscheinen stark juckende und schmerzende, glatte, rote Flecke in grofser Zahl, nachdem Frösteln, Fieber, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit vorausgegangen. Diese Symptome schwanden nach erfolgter Eruption. In zehn Tagen ist alles verschwunden. Verfasser sieht die Affektion für ein Vorstadium der Mykosis fungoides an; ob das berechtigt ist, sei dahingestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Mykosis fungoides mit allgemeiner Drüsenschwellung, von Sederholm. (*Nordiskt medic. Arkiv.* 1897. VIII. Festband. No. 20.) Verfasser berichtet über einen solchen Fall bei einem 40jährigen Weibe, wo die Krankheit schon im elften Jahre anfing. Erst nach 26jährigem Bestehen zeigte sich ein Jucken, welches nicht gerade besonders von den am meisten affizierten Hautpartien ausging. Kurze Zeit darauf entstand allmählich eine allgemein verbreitete und bedeutende Schwellung der Lymphdrüsen ohne Neigung zur Suppuration. Diese Drüsengeschwülste mufsten auf dem Wege der Exklusion als ein Teil des ganzen Krankheitsprozesses aufgefafst werden. Arsenikinjektionen hatten keinen Einfluſs auf den Krankheitsprozefs. Durch Behandlung mit „nicht virulenten" Streptokokkenkulturen nahmen die Hautphänomene ab, aber die Drüsen und das Allgemeinbefinden wurden nicht gebessert. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis, von Ernst Delbanco. (*Disch. Medizinalstg.* 1897. No. 48.) Die amerikanischen Autoren Hyde, Senn und Bishop haben bei einem Studenten einen Madurafufs abgetragen; sie fanden in dem Granulationsgewebe einen Strahlenpilz, von dem sie es dahingestellt sein lassen, ob er mit Actinomyces identisch ist. Ein gleicher Fall ist von Adami beobachtet. — Stücke der entfernten krankhaften Teile sind im Unnaschen Laboratorium nachuntersucht worden. Hier fand man auch ein weiches Granulationsgewebe, an dem noch auffiel die hyaline Degeneration des Epithels mit Zwiebelbildung in den tieferen Epithelschichten und isolierten Epithelperlen im Granulationsgewebe. Der Fungus stellt sich dar in Form runder, nierenförmiger oder ovaler Gebilde, die durch eine glasige, transparente Kapsel begrenzt sind; diese schwinden beim Zerfall des Fungus. Das Mycel ist äufserst fein, zart, strahlig, färbt sich schwer. In Flemmingscher Lösung wird der Fungus schwarz, was nur auf Fettgehalt beruhen kann. Die Hämateinfärbung zeigt von dem Pilz sehr wenig. — Verfasser glaubt, dafs im Falle von Hyde und Senn eine neue Strahlenpilzerkrankung vorliegt, die sich von der Aktinomykose und der indischen Madurafufserkrankung unterscheidet. Bestätigung kann erst die Reinkultur bringen. Bemerkenswert ist der Fund von vielen Riesenzellen, ein Ausdruck der Reaktion des Gewebes auf den fremden Eindringling. Auch die Bindegewebszellen sind in ausgedehntem Mafse hyalin degeneriert, die Bindegewebsspalten mit frei gewordenen Hyalinkörperchen angefüllt. Auffallend ist daneben das Fehlen einer ausgedehnten Verfettung. Das elastische Gewebe ist durch das Granulationsgewebe vollkommen zum Schwund gebracht. In den angrenzenden Teilen fand sich amphoter reagierendes Elastin, die sich mit Karbolfuchsin, mit saurem Orcein und polychromem Methylenblau färbten, für Orcein am meisten, für Methylenblau am wenigsten empfänglich waren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Anthrax stellt Kossel in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin, Sitzung vom 11. März 1897 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897, No. 44) vor. Es handelt sich um einen Maurer, der Milzbrand durch Abhäuten einer milzbrandkranken Kuh acquirierte. Er bekam unter Fieber eine Pustel in der Nähe des rechten äufseren Augenwinkels mit starker Schwellung der ganzen Umgebung, Ver. gröfserung der Unterkieferdrüsen. Die Schwellung dehnte sich über den Kopf, Hals, obere Thoraxpartie aus, wurde aber weicher, während die Temperatur sank. — Im Pustelinhalt wurden Milzbrandbacillen gefunden, die sich nur spärlich kultivieren liefsen. Mit der Kultur geimpfte Mäuse starben nach 48 Stunden. — Behandelt wurde der Patient mit Kompressen von Burowscher Lösung und grofsen Dosen Alkohol. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ch. Nammack teilt einen **Fall von Milzbrand** mit, bei dem am Beginn brennendes Gefühl am rechten Augenlid bestand, zu dem sich eine als Phlegmone aufgefafste Schwellung gesellte; erst am fünften Tage der Erkrankung trat die typische Milzbrandpustel zugleich mit hohem Fieber und Allgemeinsymptomen (Delirien) auf; das lokale Ödem war über beide Orbital- und Frontalregionen ausgebreitet. — Excision der Pustel, Kauterisation mit dem Thermokauter, Inokulation von Kulturen des Bacillus pyocyaneus, Incisionen am Augenlid; alle zwei Stunden Karbolverband; allmähliche Erholung. Züchtung von Anthraxbacillen, die sich als virulent erwiesen. — Die Beschäftigung des Patienten bestand im Auspacken und Verpacken von Früchten. Dieselben befanden sich in grofsen Körben, welche mit Streifen aus rohen Häuten zusammengebunden waren, und bei dem Aufschneiden derselben waren dem Patienten mehrere Male die Enden der Streifen in das Gesicht geschlagen. Eine weitere Möglichkeit wäre eine Infektion der Früchte durch Vermittlung von Fliegen. (*New York med. Journ.* 17. Juli 1897.) *H. Einhorn-München.*

Pustula maligna im Gesicht, von J. E. Erdmann. (*New York med. Journ.* 15. August 1896.) Ein 50jähriger Arbeiter bemerkte ca. acht Tage nach einer leichten Verbrennung eine kleine Pustel auf der rechten Wange. Es entwickelte sich im Laufe der folgenden 14 Tage ein Geschwür von mindestens Zweimarkstückgröfse mit Gangrän und sekundären Pusteln. Im Blute und Serum wurden zahlreiche Anthraxbacillen nachgewiesen. Heilung erfolgte nach Umschlägen mit 2½%iger Karbollösung, Excision des gangränescierten Stücks und Applikation des Glüheisens. Der Infektionsmodus konnte nicht nachgewiesen werden. *Philippi-Remscheid.*

Zwei Fälle von Coko oder Framboesia, von C. T. W. Hirsch. (*Lancet.* 18. Juli 1896.) Zwei Hinduarbeiter von den Zuckerfeldern wurden im Koroniva Krankenhaus (Fiji) mit den üblichen Erscheinungen aufgenommen. Sie leiteten ihre Erkrankung von den Einheimischen her, unter denen die Affektion bekanntlich sehr verbreitet ist. Verfasser mifst den Stubenfliegen eine Rolle bei der Übertragung zu. Als Eingangspforten dienten bei dem einen ein Geschwür am Fufs, bei dem anderen ein altes impetiginöses Ekzem. Heilung erfolgte in 9 resp. 14 Wochen. Am nützlichsten erwies sich Jodkalium in Gaben von 0,6 mit Spirit. aromat. ammon. 0,6 und Aq. dest. 30,0 dreimal täglich gegeben. Äufserlich verwendet Hirsch Acid. lactic. 6,0 mit Ungt. hydrarg. nitrat. ad 30,0. Impfungen auf Hühnern wurden mit Erfolg ausgeführt, und Verfasser konnte auch den Pfeifferschen Mikrococcus nachweisen. *Philippi-Remscheid.*

Zur Pathogenese des Bacillus pyocyaneus und zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum, von Fritz Hitschmann und Karl Kreibich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897, No. 50.) Zwei von den Verfassern berichtete Fälle beweisen, dafs der Bacillus

pyocyaneus pathogen werden kann, was Schimmelbusch bestritten. — 1. Ein neun Monate altes Kind zeigte neben Tuberkulose der Lungen, der peribronchialen und mesenterialen Drüsen als besonders bemerkenswert an der Haut von Rücken und Abdomen ca. 30 linsengroſse, mehr oder weniger prominierte papulöse Erhebungen von runder Form, mit scharfer Begrenzung und einem lebhaft geröteten haloartigen Ring; die Papeln sind schmutzig rot, die Epidermis intakt oder in kleinen Blasen abgehoben. — 2. Ein 16 Tage altes Kind starb an Enteritis und hämorrhagischer Diathese. An der Haut findet man mehrere kleinerbsengroſse, blaurote Papeln; die Sonde dringt an diesen Stellen in ein erweichtes, hämorrhagisch infiltriertes Gewebe, welches die ganze Cutis durchsetzt. Auſserdem sitzen an den Nates zwei eingesunkene, braunrote Stellen von Kreuzergröſse. Hämorrhagien in der Zunge etc. — Verfasser bezeichnen die geschilderten Hautanomalien als Ecthyma gangraenosum. Es gelang ihnen in den Effloreszenzen mikroskopisch und kulturell den Bacillus pyocyaneus festzustellen. Auf die ausführlich wiedergegebenen histologischen und bakteriologischen Befunde kann hier natürlich nicht eingegangen werden. — Krannhals hat sieben Pyocyaneusinfektionen zusammengestellt, die Verfasser auch rekapitulieren. — Als den beiden Fällen von „Ecthyma grangraenosum“ gemeinsam ist hinzustellen: die Nekrotisierung, die Hämorrhagien und Hyperämien, das reichliche Vorhandensein des Pyocyaneus. Der Tierversuch ergiebt ähnliche Folgen. Es kann deshalb die Pathogenität des Pyocyaneus nicht bezweifelt werden; wahrscheinlich ist er der spezifische Erreger des Ecthyma gangraenosum. — Disposition für letzteres Leiden schaffen: Marasmus, Maceration der Haut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pyocyaneus-Infektion nach einem ulcerösen Ekthyma bei einem zehn Monate alten Kinde; Tod, von Triboulet. (*Presse méd.* 1897. Nr. 89.) Plötzliche Todesfälle bei Kindern im Verlaufe von Ekzem, Impetigo, mit oder ohne Ulceration, sind öfters beobachtet worden, ohne daſs man meistens die Todesursache nachzuweisen im stande gewesen wäre. In dem vorliegenden Falle hat Verfasser auf den Geschwüren den Pyocyaneusbacillus intra vitam konstatieren können. Der klinische Verlauf der Pyocyaneus-Infektion ist beim Menschen sozusagen unbekannt, scheint aber ein äuſserst schleichender zu sein. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von chronischer Mastitis, Gangrän der Warze und deren Umgebung und Ausgang in Heilung, von Friedrich Mays. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 43.) Bei einer Frau, die im Anschluſs an eine Entbindung eine Mastitis mit Fistelbildung in der Nähe der Warze bekommen, fand Verfasser nach acht Jahren eine feuchte Gangrän der Warzengegend mit stark jauchiger Absonderung. Wegen einer Hämorrhagie aus der Eiterhöhle war er gerufen worden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von symmetrischer kongenitaler Gangrän, von Henrietta A. Stoffregen, St. Louis. (*Saint Louis Med. and Surg. Journ.*, Oktober 1897.) Bei einem von gesunden Eltern stammendem Kinde männlichen Geschlechts, welches rechtzeitig zur Welt kam, zeigte gleich nach der Geburt die Haut von Gesicht, Oberarmen, Rumpf und Geschlechtsteilen eine braunrote Farbe wie bei Scharlach; an beiden Vorderarmen von Handgelenk bis Ellenbogen und an beiden Beinen von Fuſsgelenk bis Knie war die Haut völlig hart und trocken wie gegerbtes Leder, rings um die beiden Hand- und Fuſsgelenke bestand eine deutliche, breite Demarkationslinie und jenseits derselben war die Haut weich und feucht, die Nägel normal. Im übrigen bot das Kind ein Bild völliger Gesundheit und gedieh vortrefflich. Unter einfacher Puder- (Talcum mixtum) Behandlung und subtiler Reinhaltung trat nach vier Wochen

völlige Heilung des Leidens ein, indem die Haut an den geröteten Stellen wie bei Scharlach abschuppte, an den gangränösen in kleinen Stückchen abfiel. St. sieht als Ursache dieser kongenitalen Hautgangrän den Druck des Uterus auf das Kind in Abwesenheit von amniotischer Flüssigkeit an. *Stern-München.*

Eine ungewöhnliche Form von Infektion der Haut und Unterhaut mit tödlichem Ausgange, von G. Ekehorn. (*Upsala Läkareförenings Förhandl.* Febr. 1897. Mit 2 Tafeln.) Die Krankheit, welche bei einem übrigens gesunden, vierjährigen Knaben auftrat und nach ungefähr einem Jahre tödlich endete, begann unter der Haut der rechten Wange als ein kleiner, „steinharter", indolenter Knoten und nahm im Laufe eines Monats die ganze Wange ein; mehrere Monate später entstanden nach und nach zahlreiche neue Knoten, besonders im Gesichte und an den Extremitäten. Alle diese, die sich zuerst im oberen Teile des Unterhautgewebes zeigten und, so lange sie noch klein waren, ziemlich scharf begrenzt waren, wuchsen sehr langsam aus zu flachen, in der Regel rundlichen, bis ungefähr handtellergrofsen, brettharten, indolenten Infiltrationen, die im subcutanen Gewebe und in der Haut selbst, welche letztere auf der Oberfläche derselben eine dunkle hyperämische oder braunrote Farbe annahm, gelegen waren. In einzelnen der Infiltrationen trat eine Resorption der centralen Partie ein; dagegen zeigte sich keine Neigung zu Suppuration; nur wenn Incision gemacht wurde, entwickelte sich eine langsam fortschreitende Nekrose von der Incisionswunde aus. Die zuerst entstandenen Infiltrationen heilten und verschwanden ganz nach dieser Behandlung, dagegen nicht die später entwickelten Knoten. Alle innerlich versuchten Mittel waren ohne Wirkung. Es bestand so gut wie fortwährend Fieber (38—40°), ausgenommen im ersten Monate der Krankheit. Die Untersuchung der Schleimhäute, der inneren Organe und des Harns zeigte nie etwas Abnormes. Zuletzt bedeutende Abmagerung, Ödem der Unterextremitäten und Abnahme der Hämoglobinmenge (bis zu 15). Die Sektion zeigte nichts wesentlich Abnormes in den inneren Organen. Pathologisch-anatomisch fanden sich nur rein entzündliche Veränderungen. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich in Schnitten aus den infiltrierten Gewebspartien und im ausgepreßten Gewebssafte ein extracellulär gelegenes Stabbacterium, zerstreut und in Kolonien, und nur dieses. Am häufigsten wurde es in der Form eines Diplobacillus gefunden und, wie es scheint, mit Andeutung von Kapselbildung. Es färbte sich leicht nach Gram und mittelst der gewöhnlichen Färbelösungen und wurde leicht in Reinkulturen in den gewöhnlichen Medien kultiviert. Tieren (Kaninchen, weifsen Ratten) scheint es nicht besonders pathogen zu sein. Nach seinen zahlreichen Untersuchungen betrachtet Verfasser dieses Bacterium als Ursache der Krankheit. — Wegen der Ähnlichkeit in klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beziehung zwischen dieser Krankheit und dem Rhinosklerom vermutet Verfasser, dafs diese Krankheitsformen sich sehr nahe stehen und schlägt den Namen: Bacillomykosis skleromatodes als passend für seinen Krankheitsfall vor. Wegen der näheren, besonders der bakteriologischen Verhältnisse mufs auf die Abhandlung selbst verwiesen werden. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Sepsis nach einem Hordeolum, von Hugo Guth. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 3.) Es dürfte wohl ein Uncium sein, dafs ein Hordeolum den Ausgang für eine Sepsis bildet, die zum Tode führt. In dem vorliegenden Falle trat dieser traurige Ausgang ein. Von einem Hordeloum aus setzte sich die Suppuration auf das orbitale Zellgewebe und von hier auf dem Wege der Blutbahnen in den Sinus cavernosus fort. Es kam zu eitriger Meningitis und zur allgemeinen Sepsis. Das ganze spielte sich in vier Tagen ab. Es handelte sich um eine Infektion mit Staphylococcus pyogenes aureus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über primäre Dermatomyositis acuta et chronica. von H. Köster-Gothenburg. (*Nord. med. Arkiv.* 1896. No. 18.) Eine monographische Darstellung dieser Krankheit, basiert auf einer detaillierten Analyse der bis jetzt vorliegenden Kasuistik. Diese letztere (23 Krankengeschichten) und ein reichhaltiges Litteraturverzeichnis schliefsen die Abhandlung. In derselben wird ein neuer, tödlich verlaufender, typischer Fall von subakuter Dermatomyositis bei einem 36jährigen Weibe mit pathologisch-anatomischer Untersuchung der ergriffenen Muskeln mitgeteilt. Untersuchung auf Mikroorganismen gab negatives Resultat. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Über Acne rosacea, ihre Ätiologie und Behandlung, von Chr. Bergh. (*Norsk Magasin for Lægevidenskaben.* Juni-Juli 1897.) Verfasser sieht die Ursache der Acne rosacea in der chronischen Rhinitis (Rhinopharyngitis), die man immer bei diesen Kranken findet. Die Schleimhautentzündung propagiert durch die Gewebe und greift die Haut an; der Venenstrom mufs, wegen der Stauung in den Schleimhautvenen, durch die oberflächlichen Gefäfse, die in der Vena facialis anterior münden, suchen. Man findet genau dieselben Phänomene auswendig an der Nase wie inwendig: Ödem, Gewebshypertrophie, Gefäfserweiterungen u. s. w. Die verschiedenen ätiologischen Verhältnisse, welche man mit der Acne rosacea, als auf dem Wege des Reflexes wirkend, in Verbindung gesetzt hat, werden besser verstanden, wenn sie als Katarrhe hervorrufend aufgefafst werden. — Der beste Beweis für die Auffassung des Verfassers ist doch das Resultat seiner Behandlung, indem er, in Übereinstimmung mit seiner Auffassung von der Ätiologie der Krankheit, die Rhinopharyngitis behandelt. Als das souveräne Mittel hat sich nach den Erfahrungen mehrerer Jahre die Massage gezeigt; aufser der Schleimhautmassage (mittelst Sonde und Finger) wird auch Massage der Haut verwendet. Die mittlere Dauer der Behandlung beträgt 10—12 Wochen. Von den am stärksten ausgesprochenen Fällen wird eine 40jährige Dame hervorgehoben, deren Acne rosacea, trotz ihrer mehr als 15jährigen Dauer, nach einer ungefähr dreimonatlichen, täglichen Behandlung vollständig geheilt wurde, und ein 60jähriger Herr, dessen sehr verbreitete, spongiöse, knotige, 30 Jahre alte Acne rosacea, mit starken Gefäfsdilatationen und zahlreichen Pusteln, nach jetzt zehnwöchentlicher Behandlung fast verschwunden ist. Gleichzeitig mufs der Kranke alle die Momente vermeiden, welche die Entwickelung von Katarrhen begünstigen, ebenfalls starke Spirituosen und Tabak. Auch die anderen von der Rhinopharyngitis abhängigen Symptome (Kopfschmerzen, Neurasthenie; Tubenkatarrhe u. mehr) schwinden gleichzeitig mit dem Schleimhautleiden. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Ätiologie und Therapie der Sykosis der Oberlippe, von Srebony. (*Therap. Monatsh.* 1897. No. 4.) Die Sykosis der Oberlippe wird stets mit Nasenleiden in Zusammenhang gebracht; überfliefsendes Nasensekret soll dieselbe auslösen und zu einer so hartnäckigen Affektion machen. Trotzdem sind die Erfolge auch bei Behandlung der Nase schlecht. Auch fällt es auf, dafs oft gar kein nennenswertes Sekret vorhanden ist, die Kranken vielmehr über abnorme Trockenheit klagen. Verfasser gelang es nun, bei zwei Sykosisfällen Nekrose der Siebbeinzellen, bei zwei andern Nekrose des Keilbeins festzustellen. In drei Fällen war die Nekrose eine beiderseitige. In allen vier Fällen heilte die Sykosis schnell nach Auskratzung der nekrotischen Stellen und Ausspülung mit 1%iger Karbollösung. Die Erkennung dieser Nekrosen, die durch Polypen gedeckt sein können, gelingt mittelst der Sonde; der kranke Knochen blutet bei Berührung mit derselben abnorm stark. Die Sondenuntersuchung der Siebbein- und Keilbeinzellen ist trotz Kokain gewöhnlich schmerzhaft. Die Behandlung erfordert dreistes Auskratzen der Lamina papyracea; die Furcht vor dem Eindringen in die Augenhöhle ist unbegründet. Bei Eiterung aus

der Keilbeinhöhle ist das vordere Ende der mittleren Muschel mittelst galvanokaustischer Schlinge oder scharfer Zange abzutragen. — Nach der Auskratzung wird das Nasenloch mit Jodoformgaze oder steriler Watte einige Zeit verstopft. Das Einblasen von Pulvern ist unzweckmäfsig, da dadurch Sekretstauung bewirkt werden kann. Ätzung mit 2%iger Lapislösung ist nützlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Geschwüre, behandelt mit Oxygen, von G. Stoker. (*Brit. med. Journ.* 13. Februar 1897.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle, von denen der eine am Beine zwei spezifische Ulcera hatte. Das eine Ulcus enthielt Staphylokokken, das andere nicht. Die erstere Wunde heilte unter der Oxygenbehandlung vollständig ab, während die von Staphylokokken freie noch offen blieb. Erst als Verfasser dieselbe mit Staphylokokken infiziert hatte, schlofs sie sich auffallend rasch. Der zweite Fall litt an Lupus der Nase. Es wurde zuerst die Auskratzung vorgenommen, hierauf Oxygen appliziert. Der Patient wurde ganz gesund. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Krebsgeschwür der Scheide, von W. Orlow. (*Botkinsche Hospitalztg.* 1897. Nr. 14/15.) Zur Illustration dieser Affektionen führt O. zwei Fälle aus seiner Praxis an; in einem handelt es sich um einen weichen Schanker, im anderen um ein primäres exulceriertes Carcinom. Erstere Affektion täuschte einen Krebs vor und nur die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes sowie der weitere Verlauf führten zur Sicherstellung der Diagnose. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Behandlung der Leistenbubonen mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum oxydatum, von Thorn. (*Deutsch. med. Wochenschr.*, Therap. Beilage. 1897. No. 7.) Lymphangitische oder lymphadenitische Eiterungen mit phlegmonösem Charakter, akutestem Verlauf, hohem Fieber sind wohl nur chirurgisch anzugreifen; ebenso dürfte bei tuberkulöser Eiterung die Incision nicht zu vermeiden sein Anders steht es um die Bubonen bei Ulcus molle und Blennorrhoe; hier kann der Lymphstrom injizierte Substanz innerhalb der Drüsen und von Drüse zu Drüse verbreiten, da weniger Hyperämie und Ödem als Zellproliferation histologisch gefunden wird. Die injizierte Substanz könnte wirken durch parasiticide Eigenschaften, durch Anregung einer heftigen Entzündung, durch Gewebsnekrose mit folgender Entleerung oder Resorption. Das Hydrargyrum benzoicum oxydatum hat nun sicher hemmende Wirkung auf Staphylokokken, wie Verfasser an der Hand von Kulturversuchen fand. Entzündungserregend wirkt es beim Kaninchen, subcutan injiziert, nicht. Eine Nekrotisierung des erkrankten Gewebes durch das Mittel ist wohl möglich. — In der Berliner chirurgischen Poliklinik wurden, im Gegensatz zu Welanderschem Material, nur schon vereiterte Bubonen mit dem Hydrargyrum benzoicum oxydatum behandelt. Der Eiter wurde mit dicker Kanüle aspiriert und 2—4 ccm der 1%igen Lösung injiziert. Tags darauf war stets eine noch erheblichere Fluktuation zu fühlen, als sie vorher vorhanden. Kleinere Eiterherde waren konfluiert. Das Sekret wurde dann noch 2—3 mal aspiriert, eventuell eine neue Injektion gemacht. Heilung in 1—7 Wochen. — Welander bezeichnet die Methode als eine abortive. Sie leistet aber mehr, sie vermag in fortgeschrittenen Stadien die Incision ohne ein längeres Krankenlager entbehrlich zu machen. Von 30 Patienten, bei denen diese Behandlungsmethode verwendet wurde, kamen nur 4—5 zur Operation, bei denen die Haut papierdünn war, zur Gangrän tendierte oder der Verlauf sich chronisch gestaltete. Die meisten Patienten hüteten nur am Tage der Injektion das Bett.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen, von R. Hahn. (*Mittlgn. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Band I, Heft 3.) Die früher vielfach geübte Radikalexstirpation der Drüsen bei inguinalen Bubonen ist aufgegeben, weil vielfach Elephantiasis des Scrotum, des Oberschenkels, des Penis danach entstand. Drei derartige Fälle sind auch vom Verfasser beobachtet. — Seit drei Jahren hat derselbe an ca. 200 Kranken die Aspiration verwendet. Anfangs wurde an dieselbe eine Spülung mit Salicylwasser und eine Injektion von Jodoformglycerin angeschlossen; jetzt wird die Höhle nach der Entleerung nur mit physiologischer Kochsalzlösung solange gespült, bis die aspirierte Flüssigkeit klar zurückkommt. Auf die Einstichöffnung kommt Jodoformgaze, die mit Zinkpflaster befestigt wird; darüber Druckverband mit Benutzung eines gewöhnlichen Mauersteins. Die Aspiration wird nach Bedarf wiederholt. — Durch dieses Verfahren wurden 70% der Fälle geheilt, von diesen drei Viertel nach einer einzigen Aspiration. Operation wurde doch nötig bei profuser Eiterung, bei Perforation der Haut, bei tiefliegenden Drüsen. — In zwei Fällen von syphilitischen Bubonen verwandelte sich die Einstichöffnung in einen typischen harten Schanker. In einigen Fällen wurde die kleine Wunde schankrös, wahrscheinlich durch Infektion von aufsen. Aus diesen Wunden wurden dann zum Teil ausgedehnte Geschwüre, die später die Transplantation erforderten. — Bubonen mit deutlicher Fluktuation, total vereitert, oberflächlich gelegen, bilden die Indikation für die Aspiration.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über nicht-venerischen Bubo, von B. M. Skinner-Calcutta. (*Brit. med. Journ.* 9. Januar 1897.) Verfasser glaubt unter 79 Fällen von Entzündung der Leistendrüsen, die er beobachtet hat, 42 herausheben zu können, bei denen die Ursache nicht venerischer Natur gewesen ist. Bei einer Anzahl konnte sog. „Dhobis Jucken" zwischen dem Scrotum und dem Oberschenkel mit bedeutenden Kratzeffekten festgestellt werden. Bei anderen spielten klimatisches Fieber, Malaria, Dysenterie eine ursächliche Rolle.

C. Berliner-Aachen.

Gonokokken in suppurierenden Bubonen, von Heiberg Hanstein. (*Norsk Magasin for Lægeridensk.* Februar 1897.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Blennorrhoe bei Männern, kompliziert mit suppurierenden Bubonen, in welchen Gonokokken nachgewiesen wurden. In dem einen Falle wurden dieselben in dem 26 Tage nach der Blennorrhoeinfektion unter antiseptischen Kautelen geöffneten Bubo mittelst mikroskopischer Untersuchung und Kultivierung und mittelst Impfung der kultivierten Kolonien auf eine menschliche Urethra (das Resultat war positiv) nachgewiesen. Verfasser meint nachgewiesen zu haben, dafs sich im Bubo keine anderen pyogenen Bakterien als Gonokokken fanden. — Bei dem anderen Kranken liefsen sich ebenfalls Gonokokken nachweisen aus fistulösen Gängen in dem einige Monate vorher spontan geöffneten Bubo, von welchem Verfasser deswegen auch annimmt, dafs er wahrscheinlich durch die Wirksamkeit der Gonokokken verursacht war. — Ferner in einem dritten Falle fanden sich in Deckglaspräparaten von Pus, das aus einem Bubo, welcher eine Blennorrhoe komplizierte, stammte, gonokokkenähnliche Diplokokken; hier wurden aber keine Kontrollversuche mittelst der Gramschen Methode vorgenommen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über nicht-venerischen Bubo, von Ch. C. Godding. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1897.) Der Verfasser hat im Jahre 1896 13 Fälle beobachtet. Vier davon hatten niemals zuvor eine venerische Krankheit gehabt und auch jetzt lag kein Grund für eine solche vor; einer war seit vielen Jahren davon frei; fünf sind gegen 8 Monate lang nicht venerisch erkrankt gewesen. Nur bei zweien ergiebt die Anamnese und die Untersuchung das Vorhandensein entschieden venerischer Symptome. Verfasser

nimmt, wenigstens was seine Fälle betrifft, nicht, wie Skinner, Malaria als die unmittelbare Ursache des nicht venerischen Bubo an. — Was die Behandlung betrifft, so hält Verfasser chirurgische Eingriffe, namentlich die Excision der Drüsen für unnötig und für eine durchaus die Heilung nicht befördernde Methode. Die Krankheit könne durch eine konstitutionelle Behandlung geheilt werden. Als Specificum habe sich Arsenik erwiesen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Ergebnisse von Immunisierungsversuchen beim Rotlauf der Schweine. Vorläufige Mitteilung von O. Voges und W. Schütz. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 4.) Die Immunisierung der Schweine gegen Rotlauf wurde durch Injektion abgeschwächter Rotlaufbakterienkulturen (Pasteur, Lorenz; Porcosan) zu erzielen gesucht. Sie trat ein bei Überschwemmung der Blutbahn mit sehr wenig virulenten Bakterien. Sonst für Rotlauf nicht empfängliche Tiere (Ziegen) werden durch eine einzige Injektion von Rotlaufbakterien in die Blutbahn immunisiert. Kaninchen und Schafe werden auch durch vielfache subcutane Injektion abgetöteter Kulturen immun, nicht Schweine. Injektion abgetöteter Kulturen in die Blutbahn genügt auch bei ihnen. Die immunisierenden Substanzen sind an die Bakterienzelleiber gebunden. Es handelt sich um Antikörper in inaktiver, zum geringen Teil in aktiver Form. Die inaktiven werden nur im Tierkörper in aktive umgewandelt. Die Zerstörung der Bakterienzellen durch die Antikörper dauert im Gegensatz zur Cholera Tage lang, da dieselben eine schützende wachsartige Hülle haben. Diese ist nur angreifbar durch Lauge, die aber auch die immunisierenden Substanzen zerstört, ferner durch die Thätigkeit von Körperorganen (nicht von Blut und Lymphe.) Im Körper kommt die Vernichtung der Rotlaufkeime zu stande durch Beseitigung der Hülle infolge von Organthätigkeit und durch die baktericiden, im Blutserum löslichen Schutzstoffe. — Antitoxine nach Behring, Ehrlich, Brieger sind nicht nachweisbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erysipelstreptokokken und Marmorekscheo Serum, von Lemoine. (*Presse méd.* 1897. No. 89.) L. hat von vier Patienten mit typischem Erysipel Serum bezogen und dasselbe Kaninchen injiziert, von denen einige mit Marmorekschem Streptokokkenserum injiziert worden waren, andere nicht. Von den ersteren vier zeigten zwei gar keine lokalen Erscheinungen, ein drittes etwas Rötung an der Einstichstelle, das vierte ein rasch vorübergehendes Erysipel am Ohre. Bei den drei Kontrolltieren entstand ein heftiges Erysipel mit Fieber; das eine derselben starb, die beiden übrigen genasen erst nach 2 Monaten. Verfasser schließt aus seinen Experimenten, daß dem Marmorekschen Serum jede Wirksamkeit nicht abgesprochen werden kann.

C. Müller-Genf.

Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel, von Bernhardt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 32.) Der Fall betrifft einen 50jährigen Telegraphenbeamten, der abgesehen von seinem Hautleiden nichts zu klagen hat. Pathologisch verändert ist nur das Gesicht, welches geschwollen und gedunsen aussieht. Rechterseits erscheinen obere wie untere Lider ödematös, wie die Nasenwurzelgegend und die Regionen der Jochbeine. Die ödematöse Haut ist nicht eindrückbar, man empfindet beim Druck auf diese Gegenden eine ziemliche Resistenz. Die Lidspalten erscheinen verkleinert. Tritt eine Exacerbation ein, so nehmen diese Teile und die Ohren, eventuell die Seitenteile des Halses und die Stirn eine livid rote Färbung an. Die Schwellung ist gesteigert und die affizierten Hautpartien fühlen sich wärmer an als die Umgebung. Der elektrische Widerstand der entzündlich geschwollenen Partien der Haut ist verändert. — Für die Entstehung und den Verlauf des Leidens citiert Bernhardt die Selbstaufzeichnungen des Patienten, denen folgendes entnommen sei: Die Er-

krankung sei zuerst vor 11 Jahren aufgetreten und zwar, nachdem im Dienstraume des Patienten eine verfehlte Ventilation (permanenter Zug) eingerichtet worden war. Fast gleichzeitig erkrankten noch zwei Kollegen an genau denselben Erscheinungen, jedoch insofern abweichend, als bei dem einen die rosenartig aussehende Geschwulst ihren Sitz täglich veränderte und dabei nicht auf den Kopf beschränkt blieb. Beide Kollegen wurden bald versetzt und verloren in Kürze ihre Leiden, dagegen mufste der Patient noch Jahre lang in demselben Bureau verbleiben. Da nahm denn das Leiden folgenden Verlauf: Bei dem erstmaligen Auftreten zeigte sich eine rosenartige Entzündung der linken Augenpartie, welche ca. 8 Tage anhielt und dann von selbst wieder verschwand, das obere und untere Augenlid war dick angeschwollen, der Knochenrand der Augenhöhle entzündet. Diese Erscheinung trat etwa ein halbes Jahr lang monatlich 2—3 mal auf. Dann jedoch vergröfserte sich das Feld, indem zunächst einige Male die Brücke über der Nase, bald aber auch die rechte Augenpartie und mehrere Monate später auch die Nase in Mitleidenschaft gezogen wurde. In einem Falle erstreckte sich das Übel sogar bis auf die oberen Vordersähne, so dafs der Kranke vor Schmerzen nichts geniefsen konnte. Im Laufe der nächsten zwei Jahre wurden die Zwischenräume zwischen den einzelnen Erkrankungen kürzer, während die Dauer der Erkrankungen selbst mäfsig zunahm. Etwa zu dieser Zeit fingen sich an mäfsige Beutel unter den unteren Augenlidern zu bilden, welche ohne Entzündung dauernd zurückblieben und noch vorhanden sind. Vom Jahre 1889 ab vergröfserte sich das Feld und wurden beide Ohren in Mitleidenschaft gezogen. Als Typus über den Verlauf innerhalb einiger Tage schildert der Patient sein Leiden also: Am 1. Tage Entzündung der linken, am 2. Tage der rechten Augenpartie, am 3. Tage Abnahme dieser Geschwulst und Anschwellung des linken Ohres, am 4. Tage ist die Gesichtspartie ziemlich normal, das rechte Ohr schwillt an, die Schwellung des linken Ohres nimmt ab. Öfters trat nun eine Geschwulst zu beiden Seiten des Halses unterhalb der Ohren, häufig auch der oberen Kopfteile hinzu, letztere sind am 1. Tage beulenartig, während sich dieselben am 2. resp. 3. Tage meist vereinigen. Mit den Anschwellungen der beiden Halsseiten ist das regelmäfsige Fieber, welches 1—2 Tage anhält, verbunden. Am 5. und 6. Tage ist der Zustand wieder ziemlich normal. — Ähnlich zogen sich nun Steigerungen und Rückgänge bis in die Gegenwart hinein. Das Allgemeinbefinden litt nicht. Die einzelnen Exacerbationen lassen ätiologisch teilweise sich nicht erklären, für manche scheinen aber psychische Erregungen als ursächlich wichtige Momente herangezogen werden zu können. Jedenfalls ist denkbar, dafs durch die oft wiederkehrenden Entzündungen der Haut eine erhöhte Erregbarkeit der Hautgefäfse resp. ihrer Innervationsgebiete erzeugt wurde, welche dann selbst leichten Reizen gegenüber mit entzündlichen Schwellungen reagiert. *Neuhaus-München.*

Elephantiasis des linken Oberlides, von DE VINCENTIIS. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1897. No. 14.) Es handelt sich um einen 41jährigen Mann, bei dem sich allmählich eine elephantiastische Vergröfserung des oberen Lides entwickelte, welches eine Höhe von 5½, eine Breite am freien Rande von 7 und eine Dicke von 0,8 cm erreichte. Verfasser giebt eine ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes. Aufserdem bestanden, über den ganzen Körper verbreitet, eine Menge von Fibromata mollusca. Die Operation bestand in einer halbmondförmigen Excision des Lides.
C. Müller-Genf.

Elephantiasis des Vorderarmes infolge von Ekzem, von W. MITCHELL. (*Brit. med. Journ.* 2. Januar 1897.) Der 22jährige Patient war nach den Angaben der Mutter im Alter von drei Monaten geimpft worden. Im Anschlufs an die Impfung

soll die gegenwärtige Hautkrankheit am rechten Oberarm sich entwickelt und seitdem stetig Fortschritte gemacht haben. Eine lokale Behandlung hatte bisher nicht stattgefunden. Gegenwärtig nimmt der ekzematöse Zustand die rechte Thoraxseite, die Innenseite des rechten Oberarmes, die Streckseite des Vorderarmes ein. Die Haut an den befallenen Partien ist deutlich verdickt und bedeckt mit reichlichen feinen, lose haftenden weifsen Schüppchen. Entfernt man letztere, so kommt eine gerötete feuchte Fläche zum Vorschein. Vom Ellenbogen abwärts besteht rechterseits starke Hypertrophie des subcutanen Gewebes und schwaches Ödem, das auch die rechte Hand ergriffen hat. Die obere Partie des affizierten Vorderarmes mifst 20 Zoll im Umfange, während der korrespondierende Teil des linken Vorderarmes nur 11 Zoll mifst. Der Patient erfreut sich einer guten Gesundheit; nur zwei- oder dreimal im Jahre erfährt der Zustand des Armes akut-entzündliche Exacerbationen, während welcher der Patient fiebert, zuweilen auch Tonsillitis hat und über Schmerzen in den Gelenken klagt, Erscheinungen, die Verfasser auf Absorption septischer Stoffe vom Arme aus zurückführt. *C. Berliner-Aachen.*

De Vincentis beschreibt ausführlich einen Fall von **Elephantiasis neuromatodes des oberen Augenlides** mit pulsierendem atrophischem Auge infolge eines arteriovenösen Aneurysma der Orbita (*Giorn. intern. d. sciense med.* 1897. No. 17.) Der Fall dient als Pendant zu dem früher mitgeteilten betreffend eine wahre Elephantiasis der nämlichen Körperstelle. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis des Erythema nodosum, von Walter Goerlitz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 46.) Zunächst berichtet Verfasser drei Fälle von schweren Komplikationen bei Erythema nodosum: 1. Ein 9jähriger Knabe erkrankte unter Fieber, lebhaften Allgemeinerscheinungen und Schmerzen in den Kniegelenken; am nächsten Tage tritt das Erythema nodosum an den Unterschenkeln hervor. Im Anschlufs daran entwickelte sich eine Mitralinsufficienz. 2. Ein 8jähriges Mädchen bekam Schüttelfrost, stürmisches Herzklopfen, schmerzhafte, erhabene, gerötete Knoten an Unterschenkel, Oberschenkel, Armen, Kopf, daneben deutliche Symptome einer Endocarditis. Das Erythema nodosum schwand, eine Mitralinsufficienz und eine Aortenstenose blieben zurück. 3. Es handelt sich um ein 18jähriges Dienstmädchen, bei dem sich das Erythema nodosum mit einer Pleuritis und Herzstörungen komplizierte. Bemerkenswert ist, dafs kleine Knoten und papelartige Efflorescenzen, die zum Teil in Bläschen sich verwandelten, im Gesicht wie am übrigen Körper auftraten. — Von 30 Fällen, die in der Poliklinik zu Kiel seit 1886 beobachtet sind, betreffen 24 weibliche Kranke, 16 Kinder unter 10 Jahren. Von den Monaten waren Dezember, Juni, Februar, April, Mai bevorzugt. Nur einmal bestand eine Mischform mit Erythema exsudativum multiforme. In einem Drittel der Fälle waren auch die oberen Extremitäten, nur vereinzelt Gesicht und Rumpf betroffen. Stets nahm die Krankheit einen guten Verlauf, Recidive kamen vor. Höhe des Fiebers und Grad der Allgemeinerscheinungen standen in einem direkten Verhältnis zur Zahl der Erythemknoten. Gelenkschmerzen und Schwellungen gingen schneller als die Knoten zurück. In 10% der Fälle bildeten sich Klappenfehler aus. — Verfasser glaubt, dafs das Erythema nodosum eine selbständige Infektionskrankheit ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Ekzemin. In schlesischen Zeitungen wird eine Salbe gegen Flechten, gegen welche angeblich „die medizinische Wissenschaft kein Mittel hat", ohne Angabe der Bestandteile unter obiger Bezeichnung von Wilh. Sommer in Goslar, Maurerstr. 55, angepriesen. Wie vorauszusehen war, ist es bei dieser Panacee, wie bei den meisten ihrer Geschwister, in erster Linie auf den Geldbeutel der leidenden Menschheit abgesehen, denn die chemische Untersuchung der schwach rötlichgelb gefärbten Salbe ergab, dafs es sich um nichts anderes als um eine Schwefelsalbe handelt, welche mit Sulfur praecipitatum dargestellt und mit einem roten Pflanzenfarbstoff gefärbt worden ist; das Wundermittel hat man anscheinlich auch noch etwas parfümiert, jedoch wird der Wohlgeruch durch den ranzigen Geruch der Salbe fast ganz verdeckt. Der Lieferant soll für eine kleine Büchse 4½ bis 5 Mark Postnachnahme erheben. Jedenfalls wäre in solchen Fällen eine strenge Ahndung auf Grund der Verordnung über das Ankündigen von Geheimmitteln sehr am Platze. Aufserdem verstöfst das Gebahren auch gegen die Kaiserliche Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 50.)

Median gelegener Bubo der Regio suprapubica, von Casteret. (*Presse méd.* 1897. No. 99.) Der betreffende Bubo, welcher in Begleitung eines anderen in der Inguinalgegend im Verlaufe eines weichen Schankers aufgetreten war, safs genau in der Mittellinie, an der Peniswurzel. Verfasser vermochte in der Litteratur nur noch einen analogen Fall aufzufinden; derselbe wurde seinerzeit von Molinié mitgeteilt. In Anbetracht der Nähe der Inguinal- und Schamgegend ist es jedoch nicht zu verwundern, wenn sich eine Lymphdrüse dieser Gegend nach der Mittellinie verirrt und gelegentlich in einen entzündlichen Prozefs miteingezogen wird. *C. Müller-Genf.*

Über die Folgen der einseitigen Exstirpation der Nebennieren, von Alois Velich. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 51.) Bei Menschen und Tieren sind accessorische Nebennieren häufig; nur bei den Meerschweinchen sollen sie nach Neusser vermifst werden. Verfasser fand bei daraufhin gemachten Sektionen an 100 Meerschweinchen fünfmal accessorische Nebennieren. Nun wäre es möglich, dafs wegen der Kleinheit eine gröfsere Zahl übersehen worden wäre. Verfasser versuchte deshalb eine Hypertrophie derselben zu erzielen und hoffte das durch Exstirpation der einen Nebenniere zu erreichen. Er führte dieses bei 12 jungen Meerschweinchen an der linken Seite aus, von denen 2 der Operation erlagen. Nach 3—7 Monaten fand er regelmäfsig an der rechten Seite (nur einmal links) accessorische Nebennieren und eine Hypertrophie der erhaltenen Nebenniere. Es ist also ein accessorisches Organ vorhanden. — Ferner konnte Verfasser feststellen, dafs ein im Zusammenhange mit dem Körper gebliebener Nebennierenrest zur partiellen Regeneration des Organes Veranlassung giebt, dafs die Nebennieren in der Schwangerschaft und bei länger dauernder Eiterung gröfser werden. — Die hypertrophische accessorische Nebenniere besteht zum gröfsten Teile aus der Corticalis, der eine physiologische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das kaiserliche Patentamt hat die Löschung des Wortzeichens „**Lanolin** und **Lanolinum**" verfügt. Es dürfte dies für die Apotheker hochwillkommen sein, da durch die Löschung vielen Scherereien aus dem Wege gegangen wird.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVI. No. 12. 15. Juni 1898.

Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel V und VI.)

Es ist eine wohl allgemein bekannte Thatsache, dafs sehr geringe Ansammlungen von Fett, wie sie bei pathologischer Verfettung, in den normalen Knäueldrüsen und sonstwo vorkommen, besser in der Flemmingschen Lösung als in reinen Osmiumsäurelösungen osmiert werden, auch wenn die Procentuierung der letzteren eine höhere ist wie in der Flemmingschen Lösung (1/2 %). Es ist mir keine Erklärung dieser Thatsache bekannt; wenn die Theorie der Zusammensetzung dieser nützlichen Mischung auch, soweit es das Kernchromatin betrifft, viel diskutiert sein mag, so liegt doch für die Fettschwärzung, diese Nebenwirkung der Flemmingschen Lösung, bisher kein Versuch einer Deutung vor.

Der Vorzug von Flemmings Mischung für die Fälle von geringer und fein verteilter Fettbeimischung kann nur in den beigegebenen Bestandteilen, der Chromsäure und Essigsäure, liegen, und da es eine selbstverständliche, makroskopisch wie mikroskopisch sofort in die Augen springende Wirkung der Chromsäure ist, sich mit dem Kollagen der Haut zu einer braungelb gefärbten Substanz zu verbinden, so liegt der Schlufs sehr nahe, dafs die Güte der Flemmingschen Lösung für den Fettnachweis darauf beruht, dafs die Chromsäure die Osmiumwirkung genauer auf das Fett beschränkt, indem es dieselbe vom Kollagen fernhält. In der That wird das Kollagen von reinen Osmiumlösungen allerdings langsam und schwächer als das Fett, aber doch allmählich auch reduziert und tritt daher in eine Konkurrenz mit dem Fett, die letzterem überall dort gefährlich werden kann, wo es sich — wie an der Haut — um geringe, in vielem Kollagen verteilte und um solche Fette handelt, die viel Stearin und Palmitin enthalten und daher[1] nur sehr langsam geschwärzt werden.

[1] s. Unna, Die Funktion der Knäueldrüsen. *Dtsch. Medizinalztg.* 1894. *Arbeiten aus Dr. Unnas Laboratorium.* Grosser, Berlin. 1895.

Dieses ist auch der Grund, dafs ganze Hautstücke durch trocknen Osmiumdampf[2] nicht gut osmiert werden, obwohl derselbe viel stärker osmiert als jede Lösung; es wird eben das Kollagen der Peripherie so energisch mitgeschwärzt, dafs hier alle Differenzierung aufgehoben wird und sehr bald alle Wirkung des Dampfes auf das Innere des Hautstückes überhaupt aufhört. Wollte man dieses Prinzip der Osmierung mittelst Osmiumsäuredampfes, welches bei Klatschpräparaten, bei auf Objektträger angetrockneten Flüssigkeiten und in Glycerin feucht montierten Schnitten (ohne Deckglas) gute Dienste leistet, auf ganze Hautstücke anwenden, so müfste man zugleich mit der Osmiumsäure eine flüchtige Substanz verdampfen lassen, die sich hauptsächlich nur mit Kollagen, nicht mit Fett verbindet.

Dafs aufser der Chromsäure und Essigsäure[3] auch andere Substanzen, welche zu Kollagen eine besondere Verwandtschaft besitzen, vorteilhaft auf die Fettosmierung wirken, indem sie die Osmiumsäure vom Kollagen auf das Fett ablenken, habe ich noch in einigen Fällen zu bemerken Gelegenheit gehabt. So fand ich neuerdings, dafs durch eine Vorbehandlung des Lepragewebes mit Salpetersäure, die ich zum Zwecke der Färbung des Lepraschleimes vornahm, die nachfolgende Schwärzung des Leprabacillus durch Osmiumsäure verbessert wurde. Noch interessanter ist die analoge Wirkung des Alauns. Jedem Photographen ist bekannt, dafs die bei der Pyrogallolentwicklung entstandene Bräunung der Gelatine durch Einlegen der Platten in Alaunlösung aufgehoben werden kann. Diese Entfärbung der Gelatine deutet auf eine Verbindung der Gelatine mit Alaun. In versuchte daher die von mir gelegentlich der Osmierung von Leprabacillen angegebene „Entwicklung“ der Schnitte in Pyrogallolanilin dadurch zu verbessern, dafs ich demselben noch Alaun zusetzte, resp. das Pyrogallol statt in Anilin in meiner Alaun-Anilinmischung auflöste (Anilin + 1% Pyrogallol + Alaun im Überschufs). Und in der That erhielt ich eine bessere, allein auf das Fett der Bacillen beschränkte Nachdunkelung der osmierten Schnitte in dieser Pyrogallol-Alaunmischung, indem hier in analoger Weise die färbende Wirkung des oxydierten Pyrogallols auf das Kollagen vermieden wurde. Noch wichtiger aber erwies sich sodann der im Gefolge dieser Erfahrungen von mir versuchte Zusatz von Alaun zur Osmiumsäure bei der Osmierung selbst.

Eine Flüssigkeit, welche neben 1% Osmiumsäure noch 1% Alaun enthält, hat sich ungemein brauchbar an Stelle der Flemmingschen Lösung erwiesen, um in fetthaltigen Schnitten rasch eine sichere und maximale

---

[2] z. B. durch Einstellen von einem offenen Fläschchen mit trockner Osmiumsäure in eine gröfsere Flasche, welche die Hautstücke enthält.

[3] Wie später zu erwähnende Versuche beweisen, übt die Essigsäure in der Flemmingschen Lösung ebenfalls eine das Kollagen vor Osmiumsäure bewahrende und letztere hauptsächlich auf das Nervenmark ablenkende Wirkung aus.

Osmierung des Fettes zu erzielen. Solche Schnitte bedürfen einer Einwirkung der Flemmingschen Lösung von 12 (in der Wärme) bis 24 Stunden, während sie in der Osmium-Alaunmischung bereits nach 2 (in der Wärme) bis 4—6 Stunden in Bezug auf Fett und Kollagen scharf differenziert sind unter maximaler Schwärzung des Fettes.

Nachdem ich so auf die Wichtigkeit bestimmter Zusätze zur Osmiumsäure aufmerksam geworden, versuchte ich, demselben Gedankengänge folgend, Alaun, Salpetersäure und Tannin zunächst als Zusätze bei der Fixierung der ganzen Hautstücke, ohne damit eine wesentliche Verbesserung zu erreichen. Tannin eignet sich garnicht, da die Osmiumsäure bereits in der Mischung sofort und vollständig reduziert wird. Nur zur Hervorhebung der markhaltigen Nerven erwies sich die Salpetersäure-Osmiumsäure-Mischung mit starkem Salpetersäuregehalt (1%) brauchbarer als einfache Osmiumlösungen und als die Flemmingsche Lösung, die, wie daraufhin vorgenommene vergleichende Versuche zeigten, ihre Eigenschaft, das Nervenmark hervorzuheben, wesentlich nur dem Essigsäurezusatz verdankt.

Einen prinzipiellen Fortschritt erzielte ich erst, als ich die Schwärzung des Fettes in den ganzen Hautstücken, welche doch immer nur ungenügend ausfällt, ganz aufgab und mich der Schwärzung des Hautfettes in Schnitten zuwandte. Lange Zeit war ich allerdings noch in dem herkömmlichen Glauben befangen, die Behandlung mit Alkohol und Celloidin erfordere durchaus eine vorgängige Fixierung des Fettes durch Osmium, so dass ich diese sekundäre Osmierung nur an solchen Schnitten vornahm, welche aus in Flemmingscher Lösung fixierten Hautstücken herstammten. Die Resultate der sekundären Osmierung waren aber so überraschend, die Haut wies bei dieser doppelten Osmierung mit einem Male Fett an so vielen Stellen auf, an denen es bisher teils vergeblich, teils garnicht gesucht wurde, dafs die Osmierung der Schnitte sich als der bei weitem wichtigere Teil der ganzen Osmierung erwies und die Frage entstand, ob sich das Hautfett nicht auch ganz ohne primäre Osmierung der Hautstücke darstellen liefse. In der That erwiesen schon die ersten Versuche in dieser neuen Richtung, dafs eine wirklich gute Osmierung nur an Schnitten erreicht wird und dafs die Vorbehandlung der Stücke hierfür der Osmierung entraten und viel einfacher sein kann, als wir bisher gedacht haben.

Diese Versuche wurden zunächst an der menschlichen Fufssohle einer 40jährigen Leiche[4] angestellt, und zwar wurden von derselben Planta gleichzeitig kleine Hautstücke 24 Stunden bei Brutwärme in die folgenden

[4] Nach meinen Erfahrungen findet sich das meiste Fett in der Cutis, Oberhaut und Knäueln bei Individuen von 40—70 Jahren.

Fixierungsflüssigkeiten gelegt: Chromsäure $^3/_4$%, Essigsäure 5% (Bestandteile der Flemmingschen Lösung), Flemmings Lösung, Salpetersäure 1‰, Pikrinsäure conc. und 1%, Alaunlösung conc., Tannin 1%. Sämtliche Hautstücke wurden nach 24 Stunden ausgewaschen, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die Schnitte wurden dann entweder rasch (in 4 Stunden) in obiger Alaun-Osmiumlösung oder langsam (in 12 Stunden) in Flemmings Lösung osmiert und in Glycerin-Agar eingebettet.

Von allen diesen Lösungen bewährte sich nur die Alaunlösung nicht; die sekundär osmierten Schnitte zeigten allerdings auch hier das Fett der Knäuel und eine mäfsige Schwärzung des Nervenmarkes, aber sonst keine von den auffallenden Fettbefunden, welche die übrigen Fixierungen insgesamt ergaben. Die Alaunlösung vermag mithin nur geringe Teile des Fettgehaltes der Haut so zu fixieren, dafs die darauf folgende Alkohol-Celloidinbehandlung dieselben nicht mehr entfernt.

Mehr zeigen schon die mit Chromsäure fixierten Hautstücke. Zu dem Fett der Knäueldrüsen tritt hier Fett in den Knäuelgängen hinzu und das Mark der Hautnerven wird ziemlich gut fixiert. Weit mehr Fett gewahrt man aber in den mit 5%iger Essigsäure fixierten Schnitten. Hier tritt zum ersten Male zu dem Fett der Knäuel und Knäuelgänge ein ganz auffallender und regelmäfsiger Fettgehalt der Kernhöhlen der Hornzellen. Jede derselben enthält an der Stelle, wo der Kern verschwunden ist, wo die meisten Forscher eine leere Höhle annahmen und nur einige — darunter Henle und ich — hin und wieder Kernreste gesehen hatten, eine kleine Fettkugel, hin und wieder auch mehrere; zuweilen auch unregelmäfsige Fettkonglomerate. Das Nervenmark ist ausgezeichnet gut konserviert, so dafs die meisten kleinen Nervenäste der Haut sowie die Tastkörperchen scharf hervortreten. Endlich findet sich auch ein ungewohnter Reichtum an Fett entlang der kleinen Blutgefäfse und ebenso an den gröfseren Blutgefäfsen der Haut, Arterien wie Venen, alle drei Schichten durchsetzend und das Lumen der Blutgefäfse zum Teil erfüllend.

Nach diesen Befunden an den Essigpräparaten nimmt es nicht Wunder, dafs die Hautschnitte, welche nach Fixation in Flemmings Lösung einer zweiten Osmierung unterworfen werden, ebenfalls einen viel gröfseren Reichtum an Fett aufweisen, als man bisher ahnte. Auch hier finden wir die Knäuel und Knäuelgänge von Fett strotzend, das Hornzellenfett, das Fett der Blutgefäfse und in ziemlich guter Weise das Nervenmark fixiert. Diese letzteren Befunde verdankt die Lösung der Essigsäure, wie wir soeben gesehen haben, nicht der Chromsäure. Aber die Fixierung in Flemmings Mischung läfst bei der zweiten Osmierung noch einen auffallenden Fettbefund hervortreten, den jene Komponenten nicht ergaben und der daher wohl auf die primäre Osmierung zurückzuführen sein dürfte.

Wir finden nämlich auf diesen Schnitten auch die ganze Stachelschicht von Fett durchsetzt in den bekannten strahligen, stern-, ranken- und schleierförmigen Figuren der Lymphspalten der Stachelschicht. Ein solcher Befund war bei den bisher geübten Osmierungsmethoden ein sehr seltener und auf ganz umschriebene Oberhautpartien beschränkter. Hier zeigt sich, dafs wir von dem wahren Sachverhalte bis jetzt nur hin und wieder winzige Bruchstücke zu sehen bekamen. Aufser dem Saftbahnsystem zwischen den Epithelzellen weist auch ein grofser Teil der Kernhöhlen der Stachel- und Körnerzellen neben dem Kerne Fett auf.

Einen ebenso reichen Fettgehalt der Stachelschicht gewinnen wir an den in 1‰ Salpetersäure fixierten Hautstücken. Die Schnitte zeigen auch das Knäuelfett, das Knäuelgangfett und das Hornzellenfett in tadelloser Weise, nur mäfsig gut ist das Fett der Blutgefäfse und garnicht das Nervenmark fixiert.[5] Auffallend viel Fett zeigt das subcutane Fettgewebe in Form kleiner Fettkugeln, die sich von hier in die Fettsepten und die tiefen Cutisschichten erstrecken, in ähnlicher Weise übrigens und nur in höherem Grade als die bisher betrachteten Fixierungsmittel. Ein weiterer Fettbefund offenbart sich an den in Pikrinsäure und Gerbsäure fixierten Stücken, nämlich ein ungeahnter Reichtum der gesamten Cutis an freiem Fett der Lymphspalten. In mäfsigem Grade tritt derselbe schon an den mit Flemmingscher Lösung vorbehandelten Stücken bei der zweiten Osmierung hervor; aber hier wirken offenbar die Essigsäure und Chromsäure schädigend auf das Fettbild der Cutisfasern, da die in diesen Säuren fixierten Stücke nur Spuren oder nichts davon aufwiesen. Ganz anders und in aller Vollkommenheit findet sich aber das kollagene Gewebe von Fett durchsetzt in den mit Tannin und Pikrinsäure fixierten Stücken. Auch die übrigen Fundstätten: Knäuel, Knäuelgänge, Stachelschicht, Hornzellenkernhöhlen und Blutgefäfse sind an diesen Schnitten ausgezeichnet reich an Fett. Auch darin sind sich beide Fixierungsmittel ähnlich, dafs sie das Nervenmark nicht fixieren können.

Die Ergebnisse der sekundären Osmierung von Hautschnitten zeigen im allgemeinen mit Sicherheit, dafs die Hautelemente von verschiedenartigen Fetten in ungeahnter Fülle durchsetzt sind, welche sich durch verschiedene Fixierungsmittel vor der Osmierung unterscheiden und trennen lassen, und es ist sicherlich eine dankbare Aufgabe, an der Hand dieser Methode eine mikrochemische Analyse der verschiedenen Hautfette vorzunehmen. Eine weitere sichere Folgerung ist es, dafs alle bisherigen Fixierungsflüssigkeiten für Fett und selbst die beste unter ihnen, die Flemmingsche Lösung, leicht erheblich verbessert werden

[5] Dasselbe wird nur durch viel stärkere Lösungen von Salpetersäure gut fixiert, die aber das Hautgewebe zu sehr schädigen, das Epithel ablösen u. s. f.

können. Die Pikrin- und Gerbsäure fixieren das Cutisfett, das Fett der Blutgefäfse und vergleichsweise selbst das des Panniculus ausgezeichnet, die Salpetersäure das Oberhautfett und alle das physiologisch so wichtige Knäuelgangfett und das Fett der Hornzellenkerne. Aus ihnen kann man mithin eine Mischung bilden, welche fast das gesamte Hautfett mit Ausnahme des Nervenmarkes fixiert. Will man das letztere im Schnitte zugleich nachweisen, so mufs man der Mischung noch reichlich Essigsäure zusetzen. Damit kommen wir auf zwei ausgezeichnet gute, osmiumfreie Flüssigkeiten, welche das Fett fixieren und es trotz der Alkohol-Celloidinbehandlung der zweiten Osmierung zugänglich machen:

1.	und	2.
Pikrinsäure 1%		Pikrinsäure 1%
Gerbsäure 1%		Gerbsäure 1%
Salpetersäure 1‰		Salpetersäure 1‰
		Essigsäure 5%

Die Vorzüge dieser Mischungen vor der Flemmingschen Lösung für die Fixierung zum Zwecke des Fettnachweises liegen 1. in der Vollständigkeit des bei der zweiten Osmierung erhaltenen Fettbildes, insbesondere das des Cutisfettes, 2. in der Schnelligkeit ihrer Wirkung, da sie in 24 Stunden schon sicher fixieren, und endlich 3. in ihrer Billigkeit.[6]

Die mit der ersten der angegebenen Lösungen fixierten Stücke von der Planta pedis weisen jenen ungeheuren Reichtum der gesamten Cutis und Oberhaut an Fett auf. Alle genannten Fundstätten strotzen von Fett, nur das Nervenmark ist aus den Schnitten geschwunden. Dieses findet sich auf den Präparaten, die mittelst der zweiten Mischung fixiert sind, ziemlich gut erhalten neben vorzüglich fixiertem Fett der Knäuel, Knäuelgänge, Stachel- und Hornschicht; dafür ist aber das Fett in der Cutis, den Blutgefäfsen und dem subcutanen Fettgewebe wohl noch reichlich, aber nicht vollständig mehr erhalten.

Die sekundäre Osmierung der Schnitte kann in Flemmings Lösung vorgenommen werden, doch bewirkt man sie wesentlich rascher in der oben besprochenen Alaun- (1%) Osmiumsäure- (1%) Mischung, nämlich in maximaler Weise schon in 4 Stunden. Aufserdem ist diese Mischung sparsamer, da sie mehrmals hintereinander zur Osmierung dienen kann.

Mit dieser Methode läfst sich leicht feststellen, dafs nicht nur an der Planta pedis, dem bisher klassischen Orte des Knäuelfettnachweises, die Knäuel beständig Fett, oft in reichlichem Mafse enthalten, sondern dafs die Knäueldrüsen der verschiedensten Hautgegenden hierin denen der

[6] Die Osmierung der Schnitte erfordert in der Osmium-Alaunmischung nicht entfernt so viel Osmiumsäure wie die Osmierung der Stücke.

Fufssohle nicht nachstehen. Sehr fettreich sind die Knäuel der Achselhöhle, Leistengegend, die circumanalen und circummammalen Drüsen, die Knäuel der Stirnhaut, der Backen- und Kinnhaut. Die Fettabsonderung ist daher als eine allen Knäueldrüsen eigentümliche Funktion zu betrachten.

Ebenso scheint mir nach den bisher vorliegenden Präparaten die Durchsetzung aller Lymphspalten, Lymphgefäfse und Blutgefäfse mit Fett allen Hautprovinzen eigen zu sein, ebenso wie eine Fettfüllung in reichem Mafse den Lymphspalten der Oberhaut, vielen Kernhöhlen der Stachelschicht und allen Kernhöhlen der Hornschicht zukommt. Auch die Stachelschicht der Haarbälge ist in ihren Lymphspalten von Fett durchsetzt.

Die Quelle allen Hautfettes und die Art seiner Ausbreitung im Hautgewebe wird sich mit Sicherheit erst nachweisen lassen, wenn auf die oben angedeutete Weise durch verschiedene Extraktions- und Fixationsmittel mit nachheriger Osmierung der Schnitte die Natur des Fettes an den verschiedenen Hautstellen genau bekannt sein wird. Meine bisherige, an stark extrahierten Häuten gewonnene Anschauung, dafs das Fett der Cutis und Subcutis vom Knäuelfette herstammt, wird durch die neuen Hautpräparate mit überreichlichem Fettgehalt, wie mir scheint, nicht umgestofsen. Das Oberhautfett dürfte demnach verschiedenen Quellen entstammen. Wie sich das Eleidin zu dem übrigen Oberhautfett verhält, mufs durch neue eigene Untersuchungen eruiert werden.

Wenn durch die Methode der sekundären Osmierung der Schnitte auch die Thatsache eines ungeahnten Fettreichtums über jeden Zweifel erhaben sichergestellt wird, erheben sich bis zu einem gewissen Grade berechtigte Zweifel bei der Feststellung des Ortes der Fettablagerung. Denn auch diese Methode, welche so ungemein viel Fett fixiert, ist ja doch in der einen Richtung nicht vollkommen, dafs sie die Härtung in Alkohol und Einbettung in Celloidin noch beibehalten hat; es geschah das nicht blofs im Interesse der Feinheit der Schnitte, wie sich weiterhin ergeben wird. Der Beweis, dafs durch Alkohol und Celloidinlösung in der That noch ein Teil des Fettes verloren geht, wird durch die Celloidinränder der Schnitte gegeben, welche von Fetttröpfchen in höherem oder geringerem Grade durchsetzt sind, je näher dem Schnittrande desto mehr. So ist es denn auch keine Frage, dafs bei sämtlichen der angegebenen Methoden das subcutane Fettgewebe ziemlich viel von seinem Fettgehalte hergiebt, welcher in Gestalt von Fetttropfen die Septen des Fettgewebes, den anliegenden Celloidinrand und hin und wieder auch die untere Cutisschicht durchdringt. Hier ist die Frage gewifs berechtigt, wieviel von dem das subcutane Fettgewebe umgebenden, tropfenförmigen Fett des Bindegewebes bereits im Leben

daselbst vorhanden, wieviel durch die Unvollkommenheit der Fixation dorthin extrahiert sei. Dieser Sachverhalt erklärt sich ja auch leicht, wenn man den hohen Ölsäuregehalt und die dadurch bedingte flüssige Beschaffenheit gerade des subcutanen Fettes bedenkt.

Andererseits ist an der Präexistenz des Fettes an seinem Fundorte kaum ein Zweifel berechtigt, wenn das Fett die Gestalt von baumförmig verästelten, länglichen Figuren, von Ranken, Spiefsen, Federn, Schleiern, Röhren, Hülsen, Schalen, kurz: nicht die von kugelförmigen Fetttropfen aufweist, denn alle Lösungsmittel der Fette haben gemein, dafs sie das sich auflösende Fett, auch wenn es noch so reich an Palmitin und Stearin ist, zunächst in Tropfenform überführen, kuglig abrunden.[7] Aber diese mit feinen Ausläufern versehenen Formen des Fettes sind im Gegensatz zu grofsen Fettkugeln und Reihen von feinen Fettkügelchen gerade für das Cutisfett und für das der Stachelschicht charakteristisch.

Man kann auch deutlich an solchen Präparaten, welche schlecht fixiert sind, wahrnehmen, dafs mit der Abnahme des Fettgehaltes der Cutis und Stachelschicht im ganzen die Menge der kleinen Fettkügelchen daselbst zunächst im Vergleich mit den länglichen Fettfiguren zunimmt.

Eine gröfsere Sicherheit gegen Extraktionstrugbilder bieten in zweiter Linie die festeren Hautfette überhaupt, da sie von Alkohol und Äther in der Kälte weniger angegriffen werden. Es sind gerade dieselben Fette, welche sich schwieriger osmieren lassen und daher bisher überhaupt der Aufmerksamkeit der Histologen entgingen, so das Knäuelfett, das Fett der Knäuelgänge, der Hornzellenkernhöhlen. Für diese kann man, auch wenn sie rundliche und Tropfenform zeigen, sonst aber immer an derselben Stelle an gut konservierten Präparaten vorkommen, eine Präexistenz an Ort und Stelle annehmen.

In dritter Linie sind ja auch sicher die Fette gegenüber äufserlich angreifenden Extraktionsmitteln geschützter, welche in membranartig abgeschlossenen Hohlräumen liegen, wie das Fett in den Knäuelgängen, den Lymph- und Blutgefäfsen der Haut, den Hornzellenkernhöhlen, und diese sind ja von den neuen Fundorten eigentlich die interessantesten. Wenn die Bilder der Knäuelgänge mit ihren perlschnurartig aneinander gereihten, schwarzen Fetttropfen, die zum Teil diese Gänge kontinuierlich als Cylinder erfüllen, auch wegen ihrer Lage kaum als präexistent beanstandet werden dürften, da das Lumen eng und von einer dicken Cuticula begrenzt, also für eine Fettdiffusion[8] während der Härtung ebenso wenig geeignet ist

[7] Weiterhin wird das aufgelöste Fett, wenn es sehr viel Stearin und Palmitin enthält, teilweise in Krystallen wieder ausgeschieden; solche sind mir bisher bei meiner Fixierungsmethode nicht vorgekommen, wohl ein Beweis, dafs bei ihr die Auflösung des Fettes überhaupt nur eingeleitet, aber nirgends vollendet wird.

[8] Wenn man durchaus eine Fettdiffusion von der Umgebung der engeren Höhlen und Kanäle in diese hinein statuieren will, so insbesondere für die Hornzellenkern-

wie für einen Transport von seiten des schneidenden Messers, so liegt bei den gröfseren Blutgefäfsen andererseits der Verdacht, die im Lumen zuweilen massenhaft auftretenden Fetttropfen möchten durch den Alkohol-Celloidinprozefs hineingelangt oder durch das Messer in grober Weise transportiert sein, zunächst nahe genug. Ein eingehenderes Studium dieses Fundortes beweist aber doch die geringe Stichhaltigkeit dieser Einwürfe. Insbesondere sind solche Blutgefäfse beweisend, welche in der Leiche mit geschichteten Thromben aus geronnenem Blut erfüllt waren. Man findet hier öfter Bilder, welche den Thrombus selbst von Fettadern und Fetttropfen durchsetzt und hin und wieder auch dicht umgeben zeigen, sodafs ein solcher sicher in vivo entstandene Thrombus nur durch eine enge Spalte von der Gefäfswandung entfernt ist, die von Fett eingenommen wird; ein künstlicher Transport ist an solchen Stellen wohl ausgeschlossen. Auch der Gedanke, dafs die neue Methode der Osmierung Fettbestandteile der roten Blutkörperchen gefärbt hätte, mufs diesen Bildern gegenüber fallen gelassen werden, da die roten Blutkörperchen an denselben Schnitten wohlerhalten und garnicht geschwärzt sind. Wir müssen uns mithin mit dem Gedanken vertraut machen, dafs normalerweise ein langsam fliefsender Fettstrom die Blutgefäfswandungen, an der Haut wenigstens, durchsetzt — aller Wahrscheinlichkeit nach von aufsen nach innen.

Diskutabel ist an den mit obiger Methode einfach und rasch hergestellten Osmiumbildern mithin eigentlich nur die Lage des frei, in nicht abgeschlossenen Lymphbahnen liegenden Fettes, insbesondere soweit es

---

höhlen, Knäuelgänge und Blutkapillaren, eine Auffassung, die mir bei der Art der Einwirkung des Alkohols und Celloidins auf das Hautstück physikalisch nicht haltbar erscheint, so erweist sich auch dieser Einwurf nicht stichhaltig. Wenigstens nicht für die Hornzellenkernhöhlen und Knäuelgänge, wo wir den Fettgehalt der nächsten Umgebung genau kennen. Denn dann müfste, was zunächst die Hornzellenkernhöhlen betrifft, der in denselben befindliche osmierte Fetttropfen in seinem Volumen doch einigermafsen dem Fettgehalt der ganzen Epithelzellen, wie ihn die gewöhnliche Osmierung zeigt, proportional sein. Wir würden dann berechtigt sein zu erwarten, dafs in den Kernhöhlen der Stachelzellen und Körnerzellen so gut wie gar kein Fett sich zeigte, während in den Kernhöhlen der basalen Hornschicht plötzlich sehr grofse sich vorfinden müfsten, die dann in der mittleren und oberflächlichen Hornschicht successive an Gröfse wieder abnehmen würden. Statt dessen findet sich mit grofser Regelmäfsigkeit schon in der Stachelschicht, besonders unmittelbar unter der Hornschicht in einigen Körnerzellen viel Kernhöhlenfett in grofsen Tropfen und dann plötzlich bei Eintritt der Verhornung in jeder Zelle nur ein kleines Tröpfchen, dessen Gröfse durch die gesamte Hornschicht bis zu den obersten Hornzellen sich ganz gleich bleibt. Und wenn man die Fettcylinder der Knäuelgänge ins Auge fafst und diese aus einer Fettdiffusion aus den Gangepithelien in die Gänge selbst erklären wollte, so müfste man doch zunächst denselben Prozefs in höherem Grade in den Knäueldrüsen selbst antreffen, an die der Alkohol und das Celloidin zuerst herantreten, da diese nach dem Lumen keine Cuticula aufweisen wie die Knäuelgänge. Aber die Knäuel zeigen eine solche starke, streckenweise kontinuierliche Erfüllung der Lumina keineswegs, sondern sogar auffallend wenig Tropfen im Lumen, während ihre Epithelien viel reicher an Fett, also auch viel geeigneter sind, Fett für einen solchen hypothetischen Diffusionsvorgang herzugeben, wenn ein solcher wirklich existierte. Ich halte demnach sowohl für die Hornzellenkerne wie für die Knäuelgänge eine Erklärung durch künstlichen Fetttransport für ganz ausgeschlossen.

Tropfenform besitzt und an ungewöhnlichen Stellen in nicht konstanter Weise oder in der Randpartie des Hautstückes auftritt. Denn dann kommt die ja sicher in geringem Grade durch die Alkohol-Celloidinbehandlung eingeleitete Fettlösung und Fettwanderung in Betracht. Wo es sich daher darum handelt, auch diese mit Sicherheit auszuschliefsen, mufs man entweder die gut fixierten Hautstücke trocken oder in Wasser oder mit dem Gefriermikrotom schneiden oder auf die erste, osmiumfreie Fixierung noch eine zweite Fixierung in der Osmium-Alaunmischung folgen lassen, bei der die Osmiumsäure allerdings nur in die Randpartie des Hautstückes eindringt, hier aber auch das Fett so rasch und stark fixiert, dafs man nun die Alkohol-Celloidinbehandlung einleiten kann, ohne dafs das Fett der Randpartie in erheblichem Mafse in den Celloidinmantel und in die Nachbarschaft des Panniculus eindringt.

Endlich will ich, um allen irgendwie möglichen Zweifeln von vornherein zu begegnen, noch erwähnen, dafs die beschriebenen Fettbefunde einerseits wirklich Fett sind, da alle fettlösenden Agentien dieselben sowohl vor wie nach der Osmierung zum Verschwinden bringen,[9] andererseits aber auch nicht der Deutung als beliebiger Osmiumniederschläge anheimfallen können. Denn erstens sind solche in fettlösenden Agentien nicht löslich, sodann schützt die konstante und charakteristische Form der Befunde vor einer solchen Deutung und endlich kann man die Fettklumpen an den fixierten Hautstücken meistens auch ganz ohne Osmierung bei starker Abblendung als wachsähnliche Massen an den bezeichneten Orten wahrnehmen.

Wenn in allen diesen Richtungen auch die neuen Fettfunde mir bereits unbezweifelbar und eindeutig zu sein scheinen, so bergen dieselben trotzdem auch noch technisch genug fragliche und auffallende Punkte, von denen ich den wichtigsten noch kurz berühren will. Es wird wohl ein jeder denken, dafs die neuen Fettfunde sich am besten an frischer, trocken oder vereist geschnittener Haut nachweisen lassen müfsten; aber dies scheint unausführbar zu sein und ist mir wenigstens bisher auf keine Weise gelungen. Wenn man derartige Schnitte zunächst in die Fixierungsflüssigkeit und dann in Osmium-Alaunlösung bringt, schwärzen sie sich, auch wenn sie gut ausgewaschen werden, sofort in toto; läfst man die Fixierungsflüssigkeit fort, so ist die Osmierung höchst unvollkommen und es schwärzen sich konstant eigentlich aufser dem Fettgewebe nur die Fetttropfen der Knäuel. Der ganze Schnitt verhält sich mithin etwa wie

---

[9] Ich montiere die Schnitte deshalb stets in Glycerinagar. Auch das Celloidin in den Schnitten darf natürlich nicht durch Alkohol—Äther ausgezogen werden. Wünscht man eine stärkere Aufhellung des Schnittes in Balsam, so mufs man ihn rasch durch Anilin und Xylol in Balsam bringen. Auf diese Weise geht am wenigsten Fett verloren.

die Randpartie eines osmierten Stückes, welche wir ja auch, da sie fast immer in toto geschwärzt ist, selbstverständlich aus der Betrachtung eliminieren. Die gute Selektion der Fixierungsflüssigkeit und der Osmiumsäure im Innern des Stückes mufs daher wohl auf die geringen, dorthin allmählich diffundierenden Mengen dieser Substanzen hauptsächlich bezogen werden. Immerhin bleibt der Nachweis sämtlicher Hautfette im frischen Schnitt durch eine modifizierte Methode ein Desiderat, welches über manche feinere Punkte der Fettverteilung vielleicht Aufschlufs geben könnte. Allerdings mufs man bei diesem Problem noch in Betracht ziehen, dafs es gar keine Schnitte giebt, deren Oberfläche so mit Fett sich beschmutzt erweisen, wie gerade solche durch unfixierte, frische Haut; hier kann man studieren, welche Fettverschiebung das Schneiden wirklich hervorbringen kann, wie unregelmäfsig verteilt und oberflächlich gelagert und wie leicht erkennbar daher das derartig verschleppte Fett ist.

In den folgenden Sätzen fasse ich das bisher in der Osmierung der Haut Erreichte kurz zusammen:

1. Die bisher geübte Osmierung durch reine Osmiumsäure oder Flemmings Mischung stellt nicht alle Fettbefunde der Haut dar; in der letzteren wirkt die oxydierende Chromsäure der Osmiumreduktion entgegen, während der grofse Gehalt an Essigsäure allerdings der Osmierung des Nervenmarks zu Gute kommt.

2. Unter den Fixierungsmitteln der Hautstücke, welche eine in vielen Richtungen bessere sekundäre Osmierung normaler Hautschnitte zulassen, bewirkt die Gerbsäure eine rasche und sehr vollkommene Reduktion der Osmiumsäure und härtet zugleich die Haut, während die Pikrinsäure und Salpetersäure die letztere erweichen. Eine Mischung aller drei Säuren (beim Nervennachweis noch mit Essigsäurezusatz) ergiebt bisher die beste Fixierung der Hautstücke für eine spätere Osmierung der Schnitte.

3. Die durch Alkohol und Celloidin gebrachten Schnitte zeigen (mit Ausnahme der Randpartie und des an Olein reichen Panniculus nebst seiner Umgebung) bei sekundärer Osmierung mittelst einer Alaun-Osmiummischung einen ungeahnt grofsen Fettreichtum in einer Form und Anordnung, welche die Präexistenz dieser Fettmassen an Ort und Stelle verbürgt.

4. Die Methode der variierten Fixierung der Hautstücke mit sekundärer Osmierung der Schnitte ermöglicht eine mikroskopische Analyse der verschiedenen Hautfette.

Nach Drucklegung dieser Arbeit machte ich noch einige Versuche, welche mir für die Theorie der sekundären Osmierung nicht ohne Bedeutung zu sein scheinen.

Ich versuchte zunächst, wie die sekundäre Osmierung auf das Fett der Tuberkelbacillen wirkt und brachte zu diesem Zwecke Stücke einer und derselben Tuberkelbacillenkultur teils in Flemmings Lösung zur primären Osmierung, teils in die fixierenden Mischungen und in Lösungen ihrer einzelnen Komponenten. Alle Stücke wurden darauf in Celloidin eingebettet und geschnitten. Diese Versuchsreihe ergab für die sekundäre Osmierung ein völlig negatives Resultat: die vorher wie immer fixierten Kulturen schwärzten sich bei der sekundären Osmierung wenig oder garnicht, während die primär mit Flemmings Lösung osmierten Kulturen die Bacillen schön geschwärzt zeigten, wie ich es beschrieben habe.[10] Offenbar hatten die Fixierungsflüssigkeiten das Tuberkelbacillenfett nicht derart fixiert, dafs es die Alkohol-Celloidinbehandlung überstehen konnte. Vergleicht man dieses Resultat mit der Eingangs erwähnten Thatsache, dafs fixierte Leprome eine sekundäre Osmierung sehr gut zulassen, so kann dieser auffallende Unterschied nur darin beruhen, dafs hier die fetthaltigen Bacillen mit albuminoiden Körpern umpackt sind, während sie dort frei liegen. Danach kann die Wirkung der Fixierungsflüssigkeiten, wie ich das ja auch von vornherein angenommen habe, sich direkt nur auf die albuminoide Umgebung der Fettkörper beziehen; indem diese gefällt, gegerbt werden, schliefsen sie die Fettkörper fester ein und erhalten sie für die sekundäre Osmierung. Ist diese Schlufsfolgerung richtig, so wird man mit Aussicht auf Erfolg nur solche Fette der sekundären Osmierung unterwerfen, welche mit albuminoiden „fixationsfähigen" Stoffen dicht umpackt sind.

Ein hübscher Versuch erweist die Richtigkeit dieser Anschauung an einem Objekt von elementarer Einfachheit. Der Rahm stellt ein Gemenge von Fett und Eiweifskörpern dar. Bringt man kleine Klümpchen einer festen Rahmhaut teils direkt in Flemmings Lösung, teils in die fixierenden Mischungen, dann in Celloidin, so zeigen die Schnitte der primär osmierten Klümpchen und die sekundär in Alaun-Osmiumlösung osmierten Schnitte der primär fixierten einen prinzipiellen Unterschied. Jene sind am besten geschwärzt am Rande, während die primäre Osmierung offenbar in das Innere des festen Klümpchens schlecht eingedrungen ist; in den Celloidinrand der Schnitte ist wenig Fett eingedrungen, da die Randzone gut osmiert ist. Bei den primär fixierten und sekundär osmierten Schnitten ist im ganzen die Schwärzung eine stärkere und im einzelnen ist sie besonders stark und gut im Innern des Klümpchens — genau wie an den

[10] *Histopathologie der Haut.* 1894.

Hautschnitten —, während die Randpartie eine Auslaugung und Fettwanderung während der Alkohol-Celloidinbehandlung erlitten hat, wie es sich auch am Celloidinrande zeigt. Daher kann man schon mit bloſsem Auge die beiden Arten von Schnitten unterscheiden; obwohl hier die Zusammensetzung ganz homogen ist, zeigt die eine einen schwarzen Ring mit sehr hellem Centrum, die andere eine breite, schwarze Mitte und einen mäſsig dunklen äuſseren Rand. Mich dünkt, daſs dieser einfache, demonstrative Versuch an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig läſst. Er zeigt, da die chemische Zusammensetzung dieser Schnitte überall dieselbe ist, die Grundverschiedenheit in den physikalischen Bedingungen beider Osmierungsarten. Bei Schnitten aus normaler Haut, noch mehr aber gewiſs bei solchen aus pathologisch veränderter und im allgemeinen bei pathologisch veränderten Geweben treten als ebenso wichtige Faktoren hinzu: die Qualität der mit den verschiedenen Fettarten gemischten Gewebe und ihr quantitatives und Lageverhältnis zu den eingeschlossenen Fettarten. Es wäre daher sehr verfrüht, in der hier für die normale Haut empfohlenen Form der sekundären Osmierung eine für alle jene anderen Fälle gültige bessere Methode der Osmierung überhaupt erblicken zu wollen. Gerade meine Untersuchungen haben gezeigt, daſs die Osmierung für jedes andere Objekt auch eine etwas modifizierte Methode verlangt.

Tafelerklärung.

Alle Zeichnungen stellen Teile aus sekundär osmierten Schnitten von der menschlichen Fuſssohle dar. Es zeigt sich insbesondere das **Fett**:

Fig. 1: in den Hornzellenkernhöhlen (*h*), dem Schweiſsporus (*p*), dem Knäuelgange (*gg*), gröſseren Lymphspalten und Lymphgefäſsen (*l*) und zahlreichen kleinen Lymphspalten der Cutis,

Fig. 2: in einem durch gröſsere Fettkugeln streckenweise bauchig aufgetriebenen Knäuelgange (*gg*), in groſsen Lymphspalten und Lymphgefäſsen (*l*), in dem Epithel einer Knäueldrüse (*k*) und in den die Knäueldrüsen umgebenden Fettzellen (*s*),

Fig. 3: in dem Knäueldrüsengange (*gg*), in dem Nervenmark (*n*), der Knäueldrüse (*k*) und der Wandung und dem Lumen einer quer getroffenen groſsen Hautarterie (*a*),

Fig. 4: in dem Schweiſsporus (*p*) der Hornschicht und den Kernhöhlen der Hornzellen,

Fig. 5: in den Hornzellenkernhöhlen (*h*), in der Stachelschicht (*st*), besonders dicht unterhalb der Hornschicht und in den Lymphspalten der Cutis (*l*).

Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von Skarifikationen.

Von

Ch. Audry, Direktor und Thévenin, Assistent
der dermato-syphilidologischen Klinik zu Toulouse.

Der Zweck dieser Abhandlung ist, den Leser über einige histologische Vorgänge bei der Heilung von linearen Skarifikationen der Haut zu unterrichten. Derartige Untersuchungen verfolgen in letzter Linie wohl das nämliche Ziel wie die zahlreichen Studien über die Vernarbung und besonders darf man sie mit den von Ranvier veröffentlichten Arbeiten über die Ergänzung der Epithelien in eine Linie stellen. Doch wurden wir bei unserer Mitteilung hauptsächlich von dem Wunsche geleitet, den Dermatologen bestimmte Angaben über einen Eingriff zu machen, den sie fast täglich vornehmen, der aber in seinen anatomischen und physiologischen Folgen noch nicht genügend bekannt ist.

Die Schnitte wurden mit sehr feinen, lanzettförmigen Skarifikatoren ausgeführt, die nach unsern Angaben angefertigt waren. Als Operationsfeld wählten wir die Brüste von zwei Frauen, die mit Mammacarcinom behaftet waren und demnächst operiert werden sollten. Wir legten teils nur parallele, teils auch sich kreuzende Schnitte an. Als die Präparate, unmittelbar nach Abtragung der Brust, gehärtet wurden, waren die Schnitte 1 Stunde, 24, 48 Stunden, 3 und 4 Tage alt. Die einzelnen Hautstückchen wurden teils nach Flemming, teils in koncentriertem Alkohol gehärtet, mit Cederessenz behandelt, in Paraffin gebettet und in Reihen geschnitten. Gefärbt wurde mit Safranin und Vert brillant; mit Ziehlscher Flüssigkeit und Vert brillant; nach Weigert; mit Blau polychromicum, Orange, Wasserblau- und Säurefuchsin-Tannin.

Bei der Untersuchung zeigte sich nun, dafs sich nicht alle Schnitte gleichmäfsig verhielten. So wie sie verschieden tief ausgefallen waren und auch in der Richtung nicht ganz parallel verliefen, so waren auch bei der Heilung kleine Abweichungen zu erwarten. Trotzdem können die wenigen Angaben, die wir hier zu machen haben, wohl Anspruch auf allgemeine Geltung erheben.

Befund nach einer Stunde.

Vor allem springen die mechanischen Störungen, die durch die Schnitte verursacht wurden, in die Augen. Jeder Schnitt erscheint als deutliche Spaltung (division), die meistens infolge der allgemeinen Richtung

der Epidermis schräg, zuweilen aber auch fast senkrecht verläuft. Die Tiefe ist wenig verschieden, erreicht im allgemeinen kaum die subpapillare Cutis und macht vor der Gefäfsebene Halt.

Beim Epithel entsteht die Frage, ob der Schnitt die Zellen selber trifft oder ob er zwischen ihnen durchgleitet, man erkennt aber deutlich, dafs das erstere der Fall ist. Zuweilen wird ein ganz kleines Protoplasmastückchen vom Zellkörper abgeschnitten; man kann es deutlich erkennen, und der Zellkitt, der es mit den Nachbarzellen verbindet, bewahrt noch seine Fäden (Schultzesche Riffeln). Die Nachbarzellen scheinen dabei meistens unverändert zu sein, d. h. auch bei sorgfältigster Untersuchung läfst sich am Zellkitt keine Spur von Kontraktilität, richtiger von protoplasmatischer Retraktion erkennen. Nur die dem Schnitt zunächst liegenden Kerne sind etwas kleiner, runder, stärker gefärbt, sehen wie retrahiert aus. Direkt zerschnittene oder verstümmelte Kerne haben wir nirgends bemerkt.

In der Cutis sind die Spalten meistens etwas breiter als in der Epidermis. In dieser handelt es sich einfach nur um Substanzverlust; in jener, d. h. in der Cutis, wird der Substanzverlust, wenn auch nur in sehr unvollkommenem Mafse, bereits wieder ersetzt. Denn hier finden sich in der Regel schon Coagula mit ganz feinen Fetttröpfchen. In seltenen Fällen haben wir auch ganz am Grunde einer Spalte Haufen von frischen roten Blutkörperchen gesehen. Sehr wahrscheinlich waren die Spalten ursprünglich voller Blut, dasselbe wurde aber beim Waschen und Desinfizieren der Haut vor der Operation zum gröfsten Teil weggespült.

Befund nach 24 Stunden.

Nach 24 Stunden sind die Ränder der Einschnitte in die Epidermis wieder verheilt. Man hat dann folgenden Befund vor sich:

1. Aufserhalb der Hornschicht gewahrt man häufig, wenn nicht immer, eine Art fibrinösen, geschichteten Zapfens, der sich mit allen Gewebsfärbemitteln stark färbt und fast gar keine Zellen enthält. Er drückt die Epidermis an der Stelle des ehemaligen Schnitts etwas ein.

2. Die Epidermis selber ist, wie gesagt, verheilt; die Heilung findet in der Stachelschicht statt. Hier stehen die Zellen wieder dicht nebeneinander, sind abgerundet und stark aufgetrieben. Die verbindenden Fäden zu erkennen ist hier sehr schwer, denn die einzelnen Elemente sind ziemlich ordnungslos verteilt; sie sind gewissermafsen übereinander geschoben, übereinander gekugelt (éboulé), um mich eines Ausdrucks von Ranvier zu bedienen.

Die Vereinigung hat durch die ganze Dicke der Epidermis statt und sie gewährt sogar den Anblick einer pseudo-papillären Invagination in die

durch den Einschnitt gesetzte Cutisspalte hinein. Die untere Grenze der Epidermis ist unregelmäfsig und entsprechend den Zellen gezackt, letztere sind abgerundet und durch das fibrinöse Exsudat, dafs sie wie in Alveolen einhüllt, voneinander getrennt. Die Glasmembran ist nicht zu erkennen.

3. Die Spalte in der Cutis ist gleich unterhalb der Epidermis reichlich breit und wird von dem fibrinösen Coagulum, das, wie wir gesehen haben, die letzten Zellreihen der Schleimschicht alveolenartig umgiebt, keineswegs ganz ausgefüllt; zellige Elemente sind hier selten. Der Boden der Spalte ist geschrumpft. Die benachbarten Kapillaren und Lymphgefäfse weisen aktive Diapedese auf; einige von der Epidermis abgelöste Epithelzellen sind in die Tiefe gesunken.

Demnach beginnt die Wiederverheilung der Schnitte nach 24 Stunden mit der Vereinigung der Epidermisränder.

Nach 48 Stunden sind alle die eben beschriebenen Erscheinungen noch deutlicher ausgesprochen.

1. Die Epidermis ist fast ganz zur Norm zurückgekehrt; die Schultze'schen Stacheln sind schon sehr deutlich sichtbar.

Die pseudo-papilläre Invagination setzt sich fort, wodurch eine Art Epithelpfropf zu stande kommt, der sich in die Tiefe senkt und viel zur Ausfüllung der Hautspalte beiträgt. Die Zellen der untersten Schichten sind auseinandergedrängt, richtiger vielleicht, durch fibrinöse Alveolen miteinander verbunden. Die Untersuchung der Mitosen hat zu keinem bestimmten Ergebnis geführt; nur soviel läfst sich sagen, dafs die Teilungsfiguren viel zahlreicher als gewöhnlich in den Zellen der Cylinderschicht angetroffen werden, die unmittelbar neben der Skarifikation liegen.

In der Hornschicht ist die Störung jetzt schon ganz wieder ausgeglichen.

2. Die Cutisspalte zieht sich in der Tiefe zusammen; sie ist jetzt gänzlich ausgefüllt und zwar zum Teil durch die Einsenkung der Epidermis, zum Teil durch das Coagulum, welch letzteres einsinkt und zusammenschrumpft. Die Diapedese in der Nachbarschaft gestaltet sich etwas lebhafter. Die Zahl der abgesprengten Epithelzellen ist eine gröfsere.

Befund nach drei Tagen.

1. Das Verhalten der Epidermis hat sich augenscheinlich nicht verändert, und sie würde ganz normal sein, wenn die Basalzellen sich wieder gebildet hätten; aber die Zellen der tieferen Schichten stehen noch immer in unmittelbarer Berührung mit dem intracutanen Coagulum.

2. Die Spalte in der Cutis hat sich beträchtlich verengert; das Coagulum ist zwar noch immer vorhanden, ist aber viel dichter und von geringerer Ausdehnung. Auffällig ist das Vorhandensein kleiner, abgesprengter Epithelstückchen zwischen den Lymphgefäfsen; sie werden zum

Teil wie Krebszellen resorbiert. Mitten in der Cutis finden sich auch Haufen von 4—5 Zellen der Stachelschicht, die nichts von ihren Eigenschaften eingebüfst und auch ihre Verbindungsfäden noch bewahrt haben.

Befund nach 4—5 Tagen.

Man nimmt dieselben Erscheinungen wie früher wahr, nur weiter fortgeschritten. Eine ganz kleine subepidermale fibrinöse Leiste erinnert noch an den früheren Schnitt. Die Basalmembran hat sich noch nicht wieder hergestellt. Ab und zu führt der Lymphstrom einige Epithelzellen mit sich.

Über noch ältere Schnitte besitzen wir keine Erfahrungen, sodafs wir über den Zeitpunkt, wann die Basalmembran sich wieder bildet, keine Angaben machen können. Wir beabsichtigen aber, diese letzte Frage noch weiter zu verfolgen, denn das scheint der beste Weg zu sein, um uns über Natur und Ursprung der Basalmembranen, über die wir noch so wenig wissen, aufzuklären.

Schlufssätze.

1. Die Skarifikation durchtrennt die einzelnen Epidermiszellen.
2. Die Epidermis ist nach 24 Stunden schon wieder vereinigt; bei der Cutis dauert der Heilungsprozefs viel länger.
3. Nur bei der Epidermis findet eine wirkliche, unmittelbare Wiedervereinigung statt. Bei der Cutis erfolgt die Heilung auf indirektem Wege, nachdem die Spalte durch eine fibrinöse Einlagerung obliteriert ist.
4. Noch nach fünf Tagen sind in der Cutis Spuren von dem Einschnitt vorhanden.
5. Die Basalmembran hat sich nach fünf Tagen noch nicht wieder hergestellt.
6. Infolge der Skarifikationen gelangen einige Stachelzellen in die Tiefe der Cutis.
7. Diese Zellen werden resorbiert und durch die Lymphgefäfse fortgeschwemmt.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Sykosis subnasalis und Ausschnupfen.

Von

P. G. Unna.

Nicht leicht sind bekanntlich lange Zeit bestehende Sykosisfälle der Oberlippe zur Ausheilung zu bringen. Wenn diese erst in ihrem centralen, subnasalen Bezirk verdickt, rot, mit follikulären Anschwellungen besetzt ist und eine höckerige, drusige, stark secernierende Oberfläche darbietet, so versagen die meisten Mittel oder wirken doch unverhältnismäfsig langsam und setzen die Geduld des Arztes und Patienten auf eine harte Probe. Allerdings findet sich in den meisten Lehrbüchern der durchaus richtige Hinweis auf die Nasenschleimhaut als Ursprung und Ausgangspunkt dieser Affektion, aber verhältnismäfsig wenig darüber, wie der Dermatologe die Nasenschleimhaut behandeln und ihren schädigenden Einfluſs aufheben soll. Dieses mag die Ursache sein, daſs man als Spezialarzt fast niemals einen Patienten in Behandlung nimmt, dem seitens seines Arztes die Grundbedingung jeder Oberlippenpflege bei entzündlicher Hauterkrankung dieser Region klar gemacht ist. Die Laien empfinden den Mangel einer solchen instinktiv und sind sehr dankbar dafür, wenn sie auf das, was in diesem Falle Not thut, aufmerksam gemacht werden. Und dieses ist auch kurz mit einem Worte zu sagen: sie dürfen sich nicht mit dem Taschentuche ausschnupfen.

Seitdem wir wissen, daſs alle diese unter dem Sammelnamen Sykosis zusammengefaſsten, follikulären Hautentzündungen durch verschiedene Kokkenarten hervorgerufen werden und daſs es keinen besseren Infektionsmodus für diese Organismen giebt als die energische Einreibung von Aufschwemmungen derselben an behaarten Körperstellen mit weiten Follikelöffnungen, seitdem kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, daſs der gewöhnliche Gebrauch des Taschentuches für diese Affektion von ausschlaggebender Bedeutung und das Schnupftuch überhaupt für dieselbe der Infektionsträger *κατ' ἐξοχήν* ist, unmittelbarer und wesentlicher als selbst bei der Tuberkulose.

Die Reinigung des fast immer in vermehrter Menge abgesonderten Nasenschleims muſs mithin auf andere Weise, nämlich durch Spülungen des Naseninnern erzielt werden und bei der Abtrocknung ist ein Reiben des subnasalen Teiles der Oberlippe streng zu vermeiden. Zu diesen

Spülungen braucht man am besten solche desinfizierenden Zusätze, die zugleich auf die Schleimhaut adstringierend und beruhigend wirken. Ich brauche seit 1885 mit Vorliebe ein einfaches Decoctum Chinae, welches damals von HAGER in dieser Zeitschrift mit Recht warm empfohlen wurde. Die vorrätig gehaltene 10%ige Abkochung wird beim Gebrauche mit 1 oder 2 Teilen heifsen Wassers gemischt und die etwa 30° C. warme Mischung wird mittelst eines mittelgrofsen Gummiballons in den unteren Nasengang rechts und links injiziert, sodafs die Flüssigkeit bei Verschlufs des Gaumens zum anderen Nasenloche wieder ausfliefst. Hierbei wird aller Nasenschleim entfernt, worauf die auf der Lippe anhaftenden Reste durch eine Seifenwaschung abgespült werden und die Haut mit Watte trocken zu tupfen ist. Als ein zweites gutes antibakteriell und adstringierend wirkendes Mittel für die Spülung der Nasenschleimhaut kann ich das Ichthyol in schwacher 1‰—½%iger Dosis empfehlen. Ich pflege bei empfindlicher Nasenschleimhaut mit dem Chinadekokt anzufangen und sowie eine deutliche Besserung eingetreten ist, mit der schwachen Ichthyollösung fortzufahren. Dieselbe dokumentiert sich durch das geringere Bedürfnis, den Verband zu lösen und die Nase zu reinigen. Während anfangs ein solcher Wechsel 4—5 mal notwendig werden kann, genügt bald ein 2—3 maliger Wechsel und schliefslich kommt man mit einer einzigen Ausspülung im Tage und darauf folgendem Verband der Oberlippe aus.

Ein solcher Verband, welcher das Medikament fest an die Oberlippe angedrückt erhält, ist allerdings auch beim Ersatz des Ausschnupfens durch Nasenspülungen unumgänglich. Dagegen kann man — aufser in den schlimmsten Fällen von geschwulstartiger Verdickung der Oberlippe — von einer Epilation und dem Schneiden der Haare absehen, woran den meisten Patienten aus kosmetischen Rücksichten viel gelegen ist. Der Verband besteht am besten und einfachsten aus einem Stück Salbenmull mit impermeabler Bedeckung und einer Schnurrbartbinde oder einer über den Ohren hinten geknüpften Mullbinde. Für die mildesten Fälle genügt der Zinkoxyd-Schwefel- oder Zinkoxyd-Ichthyol-Salbenmull, für länger bestehende und stärker infiltrierte der Ichthyol-Salbenmull oder ein Pyraloxin-Salbenmull (10,0 pro Meter), in den schwersten Fällen thut ein Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull (10,0—10,0 pro Meter) ausgezeichnete Dienste. In Ermangelung von Salbenmullen bedient man sich derselben Medikamente in Salben- oder Pastenform mit impermeabler Decke. Können die Haare geschnitten oder rasiert werden, so passen natürlich auch die entsprechenden Pflastermulle.

Die Heilung ist stets eine glatte und rasche, wenn die Verhältnisse einen Tag und Nacht permanent getragenen Verband erlauben, der nach jeder Nasenspülung zu erneuern ist. Macht der Beruf das Tragen der

Binde am Tage unthunlich, so zieht sich die definitive Heilung länger hinaus, bleibt aber nie aus, wenn nur das Ausschnupfen bei Tage unterlassen wird. In solchen Fällen hat sich als eine gut wirkende und kosmetisch annehmbare Bedeckung die Applikation einer Zinkschwefelpaste mit Zusatz von je 1% Zinnober und Ichthyol bewährt. Dieselbe wird nach der Nasenausspülung und dem Abtupfen der Haut mit Watte zwischen die Haare aufgestrichen, nicht eingerieben, was übrigens auch für die Nachts eventuell aufzutragenden Salben gilt. Der Ersatz der letzteren durch Salbenmulle hat eben den grofsen Vorzug, dafs dabei jede Möglichkeit einer Kokkenverschleppung durch Reiben vermieden wird.

Was hier sensu strictiori für die subnasale Form der Sykosis als unumgänglich betont wurde, gilt auch im grofsen und ganzen für die Sykosis der übrigen Bartteile. Auch hier kommt der Gebrauch des Taschentuches in Betracht, wenn dasselbe auch nicht in so energischen Kontakt mit diesen Hautstellen gebracht wird, wie mit jener der Oberlippe. Die Rolle des Schnupftuches übernimmt aber hier meistens das Handtuch beim Abtrocknen nach dem Waschen und der Kopfkissenbezug. Gewöhnlich ist die Zahl der befallenen Follikel und ihre Infiltration gröfser und stärker an derjenigen Gesichtsseite, auf welcher der Patient zu schlafen pflegt. Auch hier gilt das Prinzip: Vermeidung jeder Reibung und Einreibung bei Tage und feste Bedeckung der Teile mit Salbenmull oder aufgestrichenen Salben nachts.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Mai 1898.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Silberstein (a. G.) stellt ein 16jähriges Mädchen vor, das seit seinem dritten Lebensjahre an Geschwüren auf dem rechten Unterschenkel leidet, welche sich mit der Zeit weiter ausgedehnt haben. Ende Januar kam Patientin in seine Behandlung. Die Eltern und Geschwister des jungen Mädchens sind gesund. Bei Beginn der Behandlung zeigte die Patientin auf dem rechten Oberschenkel grofse flache serpiginöse Geschwüre, welche guirlandenförmig seine ganze vordere Fläche einnahmen; kleinere Guirlanden safsen auf dem Knie- und Fufsgelenk. Desgleichen bestand auf der linken Wange seit zwei Jahren eine flache Ulceration von Fünfmarkstückgröfse, welche allmählich gewachsen war und mit impetiginösen Borken besetzt ist. Hier und da fanden sich in den Geschwüren kleine Knötchen. Nach zweimonatlicher Behandlung mit Jodkalium ist nun der Prozefs ohne jede lokale Therapie soweit zurückgegangen, dafs an Stelle der Ulcerationen an der unteren Extremität nur noch Narben zu sehen

sind, welche an einzelnen Stellen wallartig mit Schuppen dick bedeckt sind, an anderen Stellen nur Pigmentierung zeigen, während die Ulceration auf der Wange nur wenig verkleinert ist. Handelt es sich hier um **Lues oder um Lupus?**

Herr Blaschko, der den Fall vorher gesehen und bei der mikroskopischen Untersuchung eines exstirpierten Knötchens typische Tuberkel nicht gefunden hat, neigt aus diesem Grunde und wegen der Einwirkung des Jodkaliums zu der Diagnose Lues. — Herr Joseph gewinnt aus dem ganzen Verlauf und dem Aussehen der Affektion den Eindruck, daſs es sich um Lupus handelt, wenngleich die Narben weich und scharf abgegrenzt sind. — Herr Lesser hält den Fall gleichfalls für Lupus, gerade weil die Wirkung des Jodkaliums nicht prompt und energisch genug war. Auch der klinische Aspekt spricht dafür, obgleich diese flachen oberflächlichen Narben bei Lupus selten sind. — Herr Saalfeld wiederum ist für die Diagnose Lues, weil die Knötchen unter Glasdruck nicht den Eindruck typischer Lupusknötchen machen.

Herr Isaak I stellt darauf eine 33jährige Frau vor, welche im Januar dieses Jahres an einem Hautausschlage erkrankte, der den Rumpf und die Extremitäten, ganz besonders aber die Füſse befiel. Letztere schwollen an und platzten auf, so daſs man an Hydrops dachte. Der Ausschlag, der aus lauter kleinen Knötchen bestand, ging einher mit Schlaflosigkeit, Abmagerung und Prostration. Der hinzugezogene Arzt wandte gegen das Jucken eine Teersalbe an, durch welche eine heftige Reizung der Haut verursacht wurde. Nunmehr — Anfangs April — suchte sie die Klinik des Vortragenden auf. Sie zeigte damals einen den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts, bedeckenden Ausschlag. Die Haut war verdickt, infiltriert, blaurot, leicht schuppend, an den Füſsen aufgeplatzt und mit Blasen bedeckt wie beim Pemphigus. Die den Ausschlag charakterisierenden Knötchen zeigten zumeist Gemmenform, dazu kam die livid-rote Färbung der unteren Extremitäten und das Jucken, um die Diagnose **Lichen ruber** zu sichern. Nachdem unter indifferenter Behandlung der Reizzustand vorübergegangen ist, sieht man auf dem ganzen Körper, wie im Munde der Patientin, typische Lichenknötchen. Interessant ist, daſs hier der Lichen innerhalb drei Monaten diese kolossale Ausdehnung gewonnen hat und daſs nirgends Acuminatus-Formen, sondern überall nur Planus-Knötchen zu finden sind. Auch auf der verdickten Haut der Hohlhand finden sich nur flache Formen. — Die Blasenschleimhaut zeigt übrigens eine schiefrige Verfärbung.

Herr Blaschko demonstriert ein auf seine Anregung von Pearson in Hamburg fabriziertes **Schwefel-Vasogen**, welches den Schwefel zum Teil gelöst, zum Teil chemisch gebunden enthält. Bei keinem anderen Medikament bestand so sehr wie beim Schwefel das Bedürfnis nach einer löslichen Form, in welcher er auf die Haut appliziert werden konnte. Wenn auch seine Wirkung in ungelöster Form in Salben und Pasten unbestreitbar ist, so hängt sie doch vielfach von der Beschaffenheit der Haut ab. Hier können wir eine konstantere Wirkung erwarten. Vortragender hat nun das neue Präparat mit gutem Erfolge bei der Seborrhoe, namentlich des Kopfes angewandt. Er glaubt, daſs dasselbe den alten Schwefelsalben vorzuziehen sei, falls die Fabrik ein konstantes Präparat liefern werde.

Herr Blaschko richtet sodann an die Mitglieder der Gesellschaft die Anfrage, ob sie nicht Ende März und Anfang April eine Häufung von Herpes zoster-Fällen beobachtet hätten. Er glaubt, daſs es zu dieser Zeit eine **Zoster-Epidemie** in Berlin gegeben habe. — Auf Antrag wird diese Anfrage zur Diskussion auf die nächste Tagesordnung gesetzt.

Herr Blaschko stellt alsdann einen Patienten vor, welcher vor drei Jahren wegen Epilepsie fortgesetzt kleine Dosen Bromkalium nimmt. Derselbe zeigt seit einigen Tagen auf Nase und Wangen ein dem Lupus erythematodes sehr ähnliches

Bild, bestehend aus livid-roten, mit Krusten bedeckten, zum Teil kreisrunden Plaques. Hebt man diese Schuppen ab, so sieht man, dafs sie nagelförmige Hornfortsätze in die siebartig durchlöcherte Epidermis hineinschicken. Patient giebt an, denselben Ausschlag bereits im vorigen Jahre gehabt zu haben, wo er mehrere Wochen bestand und dann in kurzer Zeit von selbst wieder abheilte, ohne Spuren zu hinterlassen. Auf dem Handrücken, wo auch solche Plaques gesessen haben, sieht man noch Andeutungen derselben; Narben jedoch oder narbige Atrophien sind nirgends zurückgeblieben. Da die einzelnen Flecken nicht konfluieren, so ist diese Affektion nicht als Lupus discoïdes, sondern disseminatus zu bezeichnen. Aufserdem zeigt der Patient an den Ohrmuscheln drüsig-warzige Excrescenzen, ähnlich denen bei Acanthosis nigricans, welche jedoch mit den Flecken im Gesichte nichts zu thun haben und auf Erfrierung zu beruhen scheinen. Zwei Punkte machen jedoch die aus dem klinischen Aspekt gestellte Diagnose zweifelhaft: 1. dafs die Affektion schon einmal ohne irgend welche narbigen Atrophien abgeheilt ist und 2. die Frage, ob nicht ein **Bromexanthem** vorliege. Gegen die letzte Annahme spricht jedoch, dafs das Exanthem im vorigen Jahre unter dem Bromgebrauch verschwunden ist, während es diesmal drei Wochen nach Aussetzen des Broms aufgetreten und sich weiter ausgedehnt hat, ohne dafs er das Medikament genommen hat. Die Bromexantheme sind mannigfaltig; ihr Grundtypus ist jedoch die Aknepustel und auch die gröfseren Scheiben, wie sie in diesem Falle bestehen, setzen sich aus aggregierten Aknepusteln zusammen. In unserem Falle sind jedoch Aknepusteln nicht vorhanden. Vielleicht hat der langdauernde Bromgebrauch das Exanthem mit provoziert, jedenfalls ist die klinische Übereinstimmung mit Lupus erythematodes aufser Zweifel. — In der Anamnese ist kein Anhalt für Tuberkulose.

Herr Joseph hat bei diesem Falle auf den ersten Blick an ein Jod- oder Bromexanthem gedacht, an einen Lupus erythematodes zu denken liegt nach seiner Ansicht gar keine Veranlassung vor. Solche akuten Anfälle von Lupus erythematodes treten auf mit schweren fieberhaften Erkrankungen innerer Organe, z. B. mit Pneumonien, und führen gewöhnlich zum Exitus. In diesem Falle fehlen auch die gewöhnlichen Primäreffloreszenzen desselben, dagegen finden sich wohl vereinzelte Aknepusteln. Bei diesen Arzneiexanthemen beobachtet man häufig eine kumulative Wirkung des Medikaments. — Das im vorigen Jahre aufgetretene Exanthem sei vielleicht ein Erythema exsudativum multiforme gewesen. — Herr Lesser fragt, ob der Vortragende den Kranken im vorigen Jahre nach Abheilung des damaligen Exanthems gesehen habe, da die Bromexantheme siebartige Narben hinterlassen. — Herr Saalfeld ist der Meinung, dafs es sich nicht um einen ausgesprochenen Lupus erythematodes, aber auch nicht um ein Arzneiexanthem, sondern um eine Übergangsform zwischen beiden handelt. Es giebt Übergangsformen vom recidivierenden Erythem zum Lupus erythematodes. Er selbst hat einen Fall in Beobachtung, in welchem von autoritativer Seite Lupus erythematodes diagnostiziert worden ist, in welchem seit drei Jahren die Affektion alle halbe bis dreiviertel Jahre auftritt und nach einiger Zeit wieder vollständig zurückgeht. — Herr Blaschko: Das Brom macht eine Reihe polymorpher Exantheme, in der Regel aber beobachtet man die pustulöse oder die tuberöse, knotige Form. Solche Scheiben wie hier sind ganz ungewöhnlich und der Herr Kollege Lilienthal, der auf des Vortragenden Veranlassung in der Anstalt für Epileptische in der Wuhlheide über 500 Fälle von Bromexanthemen beobachtet hat, hat keinen derartigen gesehen. Nichtsdestoweniger glaubt er selbst, dafs die hier vorliegende Affektion mit der Brommedikation in Beziehung stehe. Jadassohn hat hervorgehoben, dafs beim Lupus erythematodes wahrscheinlich toxische, infektiöse Elemente mitwirken; und auch hier nimmt Blaschko an, dafs die Affektion begonnen habe wie

ein Erythema toxicum, dafs aber die Weiterentwickelung desselben nach Aussetzen des Broms, sowie die klinische Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes mehr für einen selbständigen Krankheitsprozefs spräche. In dieser Beziehung müsse er Herrn Saalfeld zustimmen, dafs es Fälle gäbe, welche wie Lupus erythematodes aussehen, aber einfach unter milder Behandlung abheilen. — Herr Lesser bittet, den Kranken wieder vorzustellen.

Herr Isaac II stellt ein 17jähriges Mädchen vor, welches anfangs Januar in einem Handteller eine Gruppe von Blasen von Stecknadelkopf- und Erbsengröfse gezeigt hatte, teilweise ulceriert, teilweise mit Eiter gefüllt. Nach einigen Wochen kam dasselbe wieder mit neuen Pustelbildungen neben den alten und mit tiefen ulcerativen Zerstörungen der Haut; ähnliche Erscheinungen bestanden auf dem Sternum. Vortragender diagnostizierte Lues und behandelte die Patientin mit Sublimatbädern und Jodkalium innerlich. Mitte vorigen Monats trat plötzlich wieder eine Anzahl kleinerer und gröfserer, teilweise ulcerierender Bläschen auf dem Carporadialgelenk auf. Die Bläschen heilten meist unter Mumifikation der Haut. Um ein Artefakt auszuschliefsen, legte Vortragender einen immobilisierenden Verband an und unter demselben entwickelten sich neue Bläschen. Jetzt stellt er die Diagnose: **Herpes zoster gangraenosus atypicus hystericus.** Das junge Mädchen ist hysterisch.

Herr Ledermann stellt einen jungen Mann mit **Dermatitis infolge von Röntgenstrahlen** vor. Der Kranke war viel und lange durchleuchtet worden. Er zeigt mitten auf dem Rücken eine ziemlich kreisrunde rot und weifs gefleckte Stelle im Durchmesser von etwa 15 cm. Die roten Stellen bestehen aus Teleangiektasien, die weifsen aus Narbengewebe. Ein ähnlicher kleinerer Fleck befindet sich auf dem einen Arm. — Herr Blaschko bemerkt, dafs nach neueren Versuchen wahrscheinlich nicht die Röntgenstrahlen diese unangenehmen Dermatitiden verursachen, sondern gewisse Gase (unterschweflige Säure, Ozon), welche sich in den Glasröhren bilden und aus denselben an undichten Stellen herausströmen. Man hat jetzt bessere Röhren konstruiert, bei deren Verwendung diese Nebenerscheinungen nicht zur Beobachtung gekommen sind.

Herr Rosenthal berichtet alsdann über seine mit **Protargol bei der Blennorrhoe** gemachten Erfahrungen. Er erörtert zunächst die Frage der antiphlogistischen Behandlung des Trippers durch Bettruhe, Eis und Diät. Nach seiner Erfahrung übt dieselbe zwar im allgemeinen einen günstigen Einfluſs auf den Gesamtverlauf aus, genügt aber weder zur Heilung noch gewährt sie Sicherheit gegenüber Komplikationen oder einer Allgemeininfektion. Abgesehen von Fällen mit heftiger Entzündung, mit Ödem und blutigem Ausfluſs beginnt R. mit der lokalen Behandlung gleich am ersten Tage. Auch Finger giebt in seiner neuesten Arbeit über Protargol zu, dafs die Gonokokken in den ersten Tagen tiefer eindringen können, wenn nicht behandelt wird. Die Einführung der Antiseptica in die Blennorrhoebehandlung hält R. für einen Fortschritt; vorher hat man durch die Adstringentien auf den Nährboden eingewirkt. Doch haben die Antiseptica im ganzen und grofsen die Erwartungen enttäuscht, am meisten befriedigt ihn noch Resorcin in 1—2procentiger Lösung. In den meisten Fällen reichen sie nicht aus, sondern man mufs die Adstringentien noch zu Hülfe nehmen. Mit dem neuen von Neisser empfohlenen Protargol hat er 68 Fälle behandelt, und zwar 53 akute, darunter 15 erste Infektionen und 15 chronische Blennorrhoen. Die Injektionen wurden nach Neissers Vorschrift gemacht, nur bei starker Entzündung wurden sie nicht prolongiert. In einem Falle, der am 5. Tage nach der Injektion in Behandlung kam, war nach dreitägiger Anwendung von $^1/_4$% Protargol jegliche Sekretion beseitigt, in einem anderen Falle nach 11, in einem dritten nach 14 Tagen. In der Mehrzahl der Fälle waren nach 3—6 Tagen

die Gonokokken verschwunden, in wenigen Fällen mufsten koncentriertere Lösungen angewandt werden, in seltenen Fällen verschwanden sie überhaupt nicht. Dafs diesem Schwunde der Gonokokken keine bestimmte Bedeutung beizumessen ist, dafür spricht ein Fall, in welchem nach fünftägigen Injektionen keine Gonokokken im Sekret zu finden waren. Als nach 5 Wochen wegen einer Urethritis posterior eine ganz schwache Höllensteinlösung instilliert wurde, wimmelte es in dem hiernach sich zeigenden Sekret von Gonokokken. Auf die Eiterung übte das Protargol einen sehr günstigen Einfluſs aus, vielfach blieb jedoch eine profuse Sekretion zurück, welche erst durch Adstringentien beseitigt werden mufste. Bei chronischen Fällen mit starker Sekretion übte das Protargol einen sehr günstigen sekretionsbeschränkenden Einfluſs aus. — Von der Anwendungsweise Lohnsteins, den Patienten selbst täglich die Injektion zu machen, hat er Abstand genommen, weil der Nutzen nicht im Verhältnis zur aufgewandten Zeit und Mühe steht. Ferner ist er kein Freund einer sehr aktuellen Therapie der akuten Blennorrhoe (tägliche Irrigationen u. dergl.); es wird damit oft sehr geschadet. — Im allgemeinen hat er mit ¼procentigen Protargollösungen begonnen und ist dann zu stärkeren übergegangen. In dieser Beziehung mufs man individualisieren; in manchen Fällen hat er gleich einprocentige Lösungen injizieren lassen. Die weibliche Urethra verträgt bedeutend stärkere Lösungen (5—10procentige). Eine Neigung der Protargollösungen bei längerem Stehen sich zu zersetzen, hat er nicht gefunden. Er hält nach seinen Erfahrungen das Protargol für das beste der bisher empfohlenen antiblennorhoischen Mittel.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 18. April 1898.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Läsionen des Nervus opticus bei hereditärer Syphilis. Herr Sauvineau Aufser der Chorio-Retinitis und der epithelialen Retinitis pigmentosa findet man bei der hereditären Syphilis auch noch Veränderungen an der Papille und Pigmentanomalien, welche von verschiedenen Autoren, speziell von Antonelli, als charakteristische Stigmata der Heredosyphilis angesehen worden sind. Nun aber trifft man dieselben sehr häufig bei nicht syphilitischen Individuen an und können sie höchstens als Entartungserscheinungen betrachtet werden. Die Veränderungen am Opticus hingegen findet man bei gesunden Individuen niemals, sie sind aber bei der hereditären Lues so häufig, dafs man sie mit dieser sehr wohl in kausale Beziehung bringen kann, sei es dafs die spezifische Infektion bei den betreffenden Patienten eine periphere Neuritis hervorgerufen hat oder dafs die Optici durch Vermittelung einer basilaren Meningitis mit in den entzündlichen Prozefs eingezogen wurden.

Kongenitale Amputationen mit Fehlen verschiedener Fufsknochen; Syndaktylie bei einem von einem syphilitischen Vater abstammenden Kinde. Herr Gastou. Der Vater dieses Kindes hatte sich vor sieben Jahren luetisch infiziert und wurde drei Jahre hindurch entsprechend behandelt; er verheiratete sich fünf Jahre nach dem Auftreten des Schankers. Bei der Mutter und dem Kinde wurden niemals spezifische Erscheinungen konstatiert. Dieser Fall zeigt von neuem, welchen dystrophischen Einfluſs Infektionskrankheiten, speziell die Syphilis der Eltern auf die Kinder ausübt.

Akute Tuberkulide. Herr Gastou. Der 8jährige Patient leidet, wie seine Mutter, an Lupus faciei. Von fünf Geschwistern ist eines an Meningitis gestorben, ein anderes leidet an Adenitis colli. Vor einem Jahre trat bei dem Patienten Fieber mit Temperaturen von 38 und 39°, diffuser Bronchitis, Diarrhoe, Kopfschmerzen auf,

welche Erscheinungen mit dem Ausbruche der gegenwärtig noch bestehenden Eruption verschwanden. Diese Eruption besteht aus rotbraunen, stellenweise papulösen und schuppenden Flecken, welche an einigen Stellen eine centrale, erhabene Borke tragen. Dieselben sind auf dem Thorax, besonders über dem Sternum und in den Achselhöhlen lokalisiert. Histologisch besteht die Affektion aus einem wenig entzündlichen Gewebe mit verschiedenen Varietäten von Bindegewebszellen und zahlreichen Riesenzellen ohne Bacillen.

Mediane Lymphadenie des Gesichtes. Herren LAFFITTE und HALLOPEAU. Die histologische Untersuchung des Falles ergab eine Umwandlung der Cutis in ein demjenigen der Lymphdrüsen vollständig ähnliches Gewebe; Fehlen von Plasmazellen. Dieser letztere Umstand, verbunden mit dem übrigen Symptomenbilde, veranlafst uns, diesen mit einer Lymphämie koexistierenden Fall von Lymphadenie der Haut von der Mykosis loszutrennen.

Über einen neuen Fall von Lichen sclerosus WILSON. Herr HALLOPEAU. Derselbe zeichnet sich besonders aus durch die Konfluenz der eruptiven Elemente zu einer breiten zwischen und unter den Mammae lokalisierten Plaque. Die ursprünglichen Papeln sind nur noch durch punktförmige Eindrücke bezeichnet. Das vollständige Fehlen von typischen Lichenpapeln spricht dafür, dafs der skleröse Zustand der Papeln ein wirklich primärer ist und dafs es sich nicht um eine sekundäre Veränderung der gewöhnlichen Papeln handelt. Es besteht lebhaftes Jucken, was auf einen in voller Blüte sich befindenden Prozefs hinweist. Die meisten Elemente sind vollständig flach, was beim Lichen ruber die Ausnahme bildet.

Über eine neue Varietät der seborrhoischen Dermatose. Herren HALLOPEAU und MICHAUD. Es handelt sich um eine Eruption, die sich aus lentikulären Lichenpapeln zusammensetzt, welche aber in ihrem Centrum ein Eitertröpfchen tragen. Diese Eruption ist über den ganzen Körper ausgebreitet; an einzelnen Stellen, besonders an den Ellenbogen und den Händen konfluieren die Efflorescenzen; das Gesicht hat das Aussehen einer Maske, welche in ihrem mittleren Drittel mit Schuppen bedeckt ist, seitwärts einen erythematösen und papulopustulösen Charakter zeigt. Diese pustulösen Papeln unterscheiden sich durch ihre flache, lentikuläre Form und das Fehlen eines centralen Härchens von den seborrhoischen Follikulitiden. Das Vorhandensein von Efflorescenzen in den Handtellern weist auf eine Beteiligung der Knäueldrüsen hin.

Polyarthritis nodosa der Hand bei Blennorrhoe. Radiographie. Herren EMERY und GLANTENAY. Diese von FOURNIER beschriebene und als pathognomisch für die blennorrhoische Arthritis angesehene Affektion (Déformation en radis) bezieht sich nicht, wie man dies angenommen hatte, auf die Knochen oder das Periost, sondern beruht auf einer Anschwellung des periartikulären Zell- und fibrösen Gewebes; auf den Radiogrammen konstatiert man nämlich, dafs die Phalangenepiphysen unversehrt sind. — Herr JACQUET erklärt, dafs die Radiographie nicht genüge, das junge in der Bildung begriffene Knochengewebe zu reproduzieren, indem die Strahlen durch dasselbe dringen. — Herr MOTY bestätigt diese Ansicht von JACQUET.

Lichenoide Syphilis. Herr DU CASTEL stellt einen Fall vor, wo die Eruption einem Lichen planus WILSON sehr ähnlich sieht, wo man aber mit der Lupe ein kleines centrales Bläschen konstatiert, wodurch er sich vom Lichen unterscheidet. — Herr WICKHAM bemerkt, dafs man in dem vorliegenden Falle, wie stets bei lichenoiden Syphiliden, auch bei der genauesten Untersuchung die graulichen Streifungen und Punktierungen nicht konstatieren könne, welche er für pathognomisch ansieht. Andererseits sind einzelne Elemente der Eruption in ihrem Centrum nabelartig eingezogen, was er beim Lichen niemals konstatieren konnte, obwohl dies einzelne Autoren

behauptet haben. Diese nabelförmige Einziehung ist in einzelnen Fällen scheinbar vorhanden und beruht auf der Bildung eines graulichen, sehr kleinen, intrapapillären Pünktchens, das im Centrum der Papel gelegen ist; die Untersuchung mit der Lupe zeigt, daſs es sich nicht um eine wirkliche Einziehung handelt.

Lupus und Behandlung mit Kalomelinjektionen. Herr MILLIAN hat in vier Fällen, die er nach dieser Methode behandelt hat, gar keinen günstigen Erfolg erzielt. — Herr DU CASTEL hat dieselbe Erfahrung gemacht und hat sogar in einem Falle eine bedeutende Verschlimmerung konstatiert.

Hypertrophische vegetierende Syphilide des Gesichtes. Herren EMERY und GLANTENAY. Dergleichen Läsionen sind keineswegs selten, besonders in der Umgebung der Vulva, des Anus und in den Achselhöhlen, wo die primäre syphilitischen Efflorescenz durch die Berührung mit den Exkreten beständig verunreinigt wird, wobei es zu proliferierenden entzündlichen Reizzuständen kommen kann, die zur initialen spezifischen Läsion hinzutreten. Seltener ist die Lokalisation von dergleichen Läsionen im Gesichte. Da aber in dem vorliegenden Falle, wo die Läsion in der Umgebung der Nasenlöcher lokalisiert war, eine chronische Coryza bestand, so läſst sich wohl ihre Entstehungsweise in derselben Art erklären.

Hereditäre Syphilis und kongenitale Mifsbildungen. Herr BARTHÉLEMY stellt ein Kind vor mit einer Mifsbildung, welche einer kongenitalen Amputation analog ist. Dieses Kind stammt von einer syphilitischen Mutter ab.

Fall von Erythrodermie mit Purpuraeruption im Vorstadium der Mykosis fungoides. Herren BALZER und MERCIER. Die Affektion hat mit einer Purpuraeruption an den Händen und im Gesichte begonnen (vor fünf Jahren). Gegenwärtig ist das Gesicht aufgetrieben, besonders an den Lidern und Wangen. Es besteht ein ausgesprochenes, beinahe durchsichtiges Ödem. Auf dem Gesichte konstatiert man rote und Purpuraflecke, ebenso auf der Dorsalfläche der Hände. Am Halse und auf der vorderen Thoraxfläche ist die Haut rosarot oder violettrötlich mit ausgesprochener Fältelung; man hat den Eindruck, als ob sie abgelöst wäre und auf den darunterliegenden Geweben schwebte. Auf den seitlichen Halspartien sieht man leichte rosarote papelartige Erhabenheiten, welche über die Schultern ziehen und den Rücken pelerinenartig überziehen. In der Gürtelgegend bilden sie eine breite Plaque. In der Achselhöhle und am Halse bestehen Lymphdrüsenanschwellungen. Wir nehmen an, daſs es sich um eine Erythrodermie als Vorstadium einer Mykosis fungoides handelt.

Onychogryphosis hypertrophica. Herren BALZER und MERCIER. 63jähriger Mann. Geringgradige knotenförmige Anschwellung der Handgelenke, besonders der Metacarpophalangealgelenke, mit harter, trockener, pergamentartiger Haut; niemals Schmerzen. Die Nägel sind sehr hart und auſserordentlich dick. Die Hypertrophie ist auf die Nageldicke beschränkt geblieben; der Nagel sieht wie zusammengezogen aus; seine Dorsalfläche ist seitlich wie in einen Schraubstock zusammengedrückt.

Behandlung des Lupus mit Kalomelinjektionen. Herren EMERY und MILLIAN. Die drei vorgestellten Kinder mit Lupus faciei wurden seit vier Monaten mit Kalomel behandelt (0,05 pro dosi und per Woche). Nach den Photographien, welche im Beginne der Kur aufgenommen wurden, zu urteilen, läſst sich bei den Patienten nicht die geringste Besserung konstatieren.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 24. April (6. Mai) 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

Nach Eröffnung der Sitzung teilte Pospelow mit, dafs er von der italienischen dermatologisch-syphilidologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied erwählt worden sei. Diese Ehre beziehe Pospelow, wie er sagte, auf die Moskauer Universität, deren Vertreter er auf dem XII. internationalen Kongrefs hierselbst war, und auf die Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft, deren Präses er ist. P. forderte die Gesellschaft auf als Dank für die erwiesene Liebenswürdigkeit Prof. de Amicis, den Präsidenten der genannten italienischen Gesellschaft, zum Ehrenmitglied der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft zu erwählen, was einstimmig geschah.

1. Speranski stellte einen Fall von **Reinfectio syphilitica** vor. Es handelt sich um einen 31jährigen Beamten, welcher sich im Oktober 1894 syphilitisch infizierte und mehrere Recidive gehabt hat. Seit dem Herbst 1896 war Patient recidivfrei. Den 8. April d. J. stellte sich Patient mit den Erscheinungen eines Ulcus induratum vor, wozu jetzt Lymphdrüsenschwellungen hinzugetreten sind, was Lichatscheff bestätigt. Pospelow rät die Debatte über diesen Fall zu verschieben, bis Roseola aufgetreten ist.

2. Kübel stellt einen Fall von **Syphilis** vor und spricht über die Bedeutung der **Döhlschen Methode** für die Diagnose der Syphilis. Der vorgestellte Fall betraf einen 57jährigen Bauer, welcher mit den Erscheinungen einer diffusen Ulceration der Unterlippe und Schwellung der Submaxillardrüsen in die Klinik aufgenommen wurde. Die Diagnose machte anfangs Schwierigkeiten, weil einerseits der Mangel der Härte und der längere Bestand der Affektion bei fehlenden Allgemeinerscheinungen gegen Syphilis und andererseits der mikroskopische Befund nicht für Carcinom sprach. Nach drei Monaten traten aber Condylomata lata ad anum auf und sicherten damit die Diagnose Syphilis. Die Döhlesche Methode als diagnostisches Hülfsmittel zu gebrauchen hält K. nicht für thunlich, da sie nicht beweisend. Auch Pospelow ist der Ansicht, dafs man sich den von Döhle gefundenen Organismen gegenüber ebenso skeptisch verhalten mufs, wie den früher von anderen Autoren beschriebenen.

3. Glawsche demonstriert einen mittelst Arsenik und grüner Seife geheilten Fall von **Psorospermosis follicularis**. Dieser Kranke, ein Bettler, ist 35 Jahre alt und stark hysterisch. Bereits im Jahre 1895 wurde er derselben Krankheit wegen von Dr. Lanz in der Gesellschaft vorgestellt. Nach vielem Vagabundieren hat sich der Patient nun in die Klinik aufnehmen lassen, wo bei seiner Aufnahme wiederum eine Unmasse warzenförmiger Gebilde auf den Extremitäten konstatiert wurde. Die Drüsen in der Leistengegend waren vergröfsert. Das Allgemeinbefinden war ein sehr schlechtes. Die Behandlung bestand in Einreibungen der Haut mit grüner Seife und in subcutanen Injektionen von Natrium arsenicosum (30 Injektionen einer 1—1½% Lösung). Das Resultat der Behandlung ist ein gutes, denn die Knötchen sind bis auf zwei unbedeutende an der Achillessehne gänzlich verschwunden und es ist nur eine Pigmentation der Haut nachgeblieben. Das Allgemeinbefinden hat sich gehoben. G. setzt die Psorospermosis in Abhängigkeit von dem nervösen Zustand des Patienten.

4. Glawsche zeigt den bereits früher vorgestellten Fall von **Tuberculosis cutis**, bei dem die anfängliche Behandlung mit Kalomelinjektionen resultatlos blieb, während jetzt der Prozefs durch Auskratzung resp. Skarifikationen und darauffolgende Phenolglycerinkompressen ausgeheilt ist. An Stelle der erkrankten Partien finden sich zarte, glatte Narben.

5. Ustinow referiert über einen Fall von **Reinfectio syphilitica**, welchen er beobachtet hat. Es handelt sich um einen 30jährigen Landarzt, welcher sich im Jahre 1890 syphilitisch infizierte und dann mehrere Recidive durchmachte. Ende 1891 letztes Recidiv. Am 14. Februar d. J. stellte sich Patient mit einem harten Schanker des Präputiums vor, welcher darauf Lymphdrüsenschwellung, Roseola und Papeln auf beiden Fufssohlen im Gefolge hatte. Pospelow hebt die Bedeutung dieses Falles hervor, weil hier mehrere Ärzte die erste, wie die zweite Infektion beobachtet haben, so dafs ein Zweifel nicht bestehen kann. Solche Fälle lehren die Heilbarkeit der Syphilis. Pospelow erwähnt dann noch eine von ihm beobachtete Reinfectio syphilitica.

6. Kracht zeigt **mikroskopische Präparate** des Falles von Tuberculosis cutis, welchen er in der letzten Sitzung vorgestellt hat. Riesenzellen, wie Tuberkelbacillen finden sich nicht.

7. Glawsche giebt weitere Aufklärungen über den am 2. Mai 1897 von Pospelow vorgestellten Fall von **Aktinomykosis cutis**. Es handelte sich um einen 31jährigen Techniker, welcher im Jahre 1896 Syphilis acquiriert hatte und im folgenden Jahre aufserdem an Aktinomykosis der Haut und der Lungen erkrankte. Im Herbst 1897 liefs sich Patient wieder in die Klinik aufnehmen und es fanden sich damals silberrubelgrofse Geschwüre von bläulich roter Farbe, unregelmäfsigen Rändern und ausgestattet mit fistulösen Gängen beiderseits in der Interkostalgegend und auf dem linken Unterarm. Die Leber und Milz waren schmerzempfindlich, letztere vergröfsert. In der linken Abdominalgegend bestand Schmerzhaftigkeit und Infiltration. (Später entwickelte sich hier gleichfalls ein Geschwür.) Das Herz war normal. Von Seiten der Lungen wurde rechts hinten, drei Finger breit unterhalb der Scapula, Dämpfung konstatiert. Die Atmung war aber überall, so auch hier, vesikulär. Aus dem Krankheitsverlauf ist zu erwähnen, dafs trotz grofser Jodkaliumdosen und Behandlung der Geschwüre mit Desinficientien der Prozefs unaufhaltsam weiterging und dafs unter zunehmender Schwäche am 26. November 1897 der Tod eintrat. Der Sektionsbefund war folgender: Oedema et hyperaemia venosa meningum et cerebri. Synechiae pleurales lateris utriusque. Abscessus actinomycoticus pleurae dextrae. Infiltratio actinomycotica.

Fachzeitschriften.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 3.

Über Protargol, von Dreyer-Köln. An eine Übersicht über die schnell anwachsende Protargollitteratur schliefst Verfasser den Bericht über einige Experimente betreffend die desinfizierende Kraft des neuen Heilmittels. Aus denselben geht einerseits hervor, dafs dieselbe nicht so grofs ist, wie behauptet wird, andererseits, dafs die Schäffersche Prüfungsmethode keine zuverlässigen Resultate giebt. Die klinischen Beobachtungen über zwölf genau beobachtete Fälle liefern auch keine auffallend günstigen Erfolge, sodafs Verfasser ein exspektatives Verhalten gegenüber dem Protargol empfiehlt. Bewährt hat sich dasselbe zur Differenzierung von Bakterien in

mikroskopischen Präparaten. Wenn man das Trockenpräparat kurz mit Löffler'schem Methylenblau färbt, abspült, vier Minuten mit 1% Protargollösung entfärbt, wieder abspült und eine dünne Fuchsinlösung (10 Tropfen Karbolfuchsin auf ein Uhrschälchen Wasser) eine halbe Minute aufträgt, erscheinen die Bakterien blau, Zellen und Kerne rot.

Ein neues Operationscystoskop, von Leopold Casper. Eine mit Abbildungen versehene Beschreibung eines Cystoskopes mit Brenner, Schlinge, Lithotriptor, Zange. Dasselbe wird von Hirschmann (Berlin) hergestellt. Verfasser hat dasselbe in vier Fällen angewendet. Ein passendes Phantom liefert derselbe Fabrikant.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

1897/98. No. 6.

Über Sapolentum Hydrargyri, von R. Kaufmann. Sapolentum Hydrargyri (Görner) ist eine weiche, überfettete Kaliseife mit Quecksilber, welche in Kapseln dosiert in den Handel kommt. Die genauere Darstellung: Die Seife wird auf die stark angefeuchtete Haut mit feuchter Hand durch 15—20 Minuten verrieben, bis dieselbe ganz eingedrungen, sodafs man höchstens an der Peripherie einen leichten grauen Ring sieht, Verfasser glaubt nicht, dafs das Quecksilber nur durch Inhalation wirkt. Bei ausgebreiteten Exanthemen schwindet dasselbe am schnellsten an den eingeriebenen Stellen. Von Übelständen wurde nur eine Folliculitis an behaarten Stellen beobachtet. Gegen Phthiriasis war das Sapolentum nicht so wirksam wie die gewöhnliche graue Salbe, bei Lues ist es vorzuziehen, da es die Wäsche nicht beschmutzt, fast unsichtbar auf der Haut bleibt, genau dosierbar ist, sich hält und nicht irritiert. (Ein Bedürfnis nach dem neuen Präparat, das sich so langsam verreibt, ist kaum vorhanden. Die Unna'sche Seife ist wohl ebenso gut. In Bezug auf die Sauberkeit, die Dosierbarkeit, die Schnelligkeit der Verreibung hat es beispielsweise vor dem Resorbinquecksilber in Glastuben sicher keinen Vorteil voraus. D. Ref.)

1897/98. No. 7.

1. **Bemerkung zur Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol**, von F. Kreissl-Chicago. In allen frischen Fällen von Blennorrhoe sah Verfasser nach Protargolinjektionen Schwinden der subjektiven Symptome nach 24 Stunden, bedeutendes Nachlassen der Sekretion nach 2—3 Tagen, dauerndes Schwinden der Gonokokken nach längstens 16 Tagen. Er benutzte anfangs ¼%, später ½% und 1% Lösung. In der dritten Woche wird ein Adstringens hinzugefügt, in der vierten nur letzteres benutzt. Verfasser hält das Protargol für das Antiblennorrhoicum par excellence bei in der ersten Woche in Behandlung kommenden frischen Fällen. An Tiefenwirkung steht es dem Argonin nach, in chronischen Fällen leistet es weniger als Argentamin und Argentum nitricum.

2. **Übersicht über die Kontrolle in Rotterdam im Jahre 1897**, von W. Mees. Ein kurzer Bericht, der wenig Anregendes bietet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Besprechungen.

Die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbeltiere mit besonderer Berücksichtigung des Menschen, von Dr. med. et rer. nat. Rudolf Disselhorst, Prosektor. (Aus der anatomischen Anstalt zu Tübingen.) Mit 76 Abbildungen. (Wiesbaden, 1898. J. F. Bergmann.) Das Werk war schon dem Abschluſs nahe, als der Autor mit der Monographie von Oudemans über die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Säugetiere (Haarlem 1892) bekannt wurde. Die beiden Arbeiten ergänzen sich daher in sehr wertvoller Weise. Nach kurzem entwickelungsgeschichtlichen Überblick werden zuerst die Befunde von Geschlechtsdrüsen bei Wirbellosen wiedergegeben, bei welchen sich der Verfasser auf die kurze Darstellung der Ergebnisse anderer Autoren beschränkt. Dann folgen die Vertebraten, von denen Teleostier und Selachier abgehandelt werden; hier finden schon eigene Studien des Autors Platz. Amphibien, Reptilien, Vögel u. s. w. in aufsteigender Folge bis zum Menschen werden mit Bezug auf die Geschlechtsdrüsen eingehend gesichtet, und in jedem Kapitel berichtet der Autor über die Fülle eigener Forschung. Waltiere, Seerinder, Insektenfresser, Nager, Scheinhufer, Fleischfresser, Wiederkäuer, Pferde, nur um einiges herauszugreifen, sind besonders eingehend beleuchtet. Die Kritik des pathologischen Anatomen wird sich auf die reinzoologischen Befunde nicht erstrecken. Den Leser dieser Zeitschrift interessieren vor allem die physiologischen Bemerkungen und die breiteren biologischen Gesichtspunkte, von denen die Abhandlung getragen wird. Das Litteraturverzeichnis umfaſst 144 Nummern, 16 gut ausgeführte Tafeln makroskopischen und mikroskopischen Inhaltes veranschaulichen das Gelesene. Ein solches Werk will natürlich studiert sein. — Die Einteilung eines Kapitels erfolgt in übersichtlicher Weise. Bei den Amphibien beispielsweise werden Anuren und Urodelen hintereinander derart abgehandelt, daſs bei beiden zuerst die anatomischen Befunde der Autoren skizziert werden. Dann folgen die eigenen Untersuchungen des Autors, darauf die physiologischen Betrachtungen der Autoren und D.'s. Bei den Urodelen finden so Kloakendrüsen, Beckendrüsen, Bauchdrüsen hintereinander ihre Betrachtung. In einem anderem Kapitel bei den Monotremen und Marsupialen finden sich schon Glandulae vesiculares, Glandulae prostatae, Glandulae Cowperi, Analdrüsen, Sporndrüsen verzeichnet u. s. w. Auf Einzelheiten muſs Referent leider verzichten. Der Autor ist auf makroskopischem und mikroskopischem Gebiet gleich bewandert. Es geht daraus hervor, welche Arbeit in dem Buche aufgespeichert liegt, welche Fülle von Arbeit aber auch für jedes einzelne Kapitel angeregt wird und noch zu leisten ist. — Aus den zusammenfassenden Ergebnissen will Referent einiges citieren. „Es ist bislang nicht möglich, Zahl und Entwickelung der accessorischen Geschlechtsdrüsen bei Wirbeltieren, vergleicht man sie nach Form und anatomischem Bau, unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten.“ — Im Zusammenhang der verschiedenen Ordnungen thun sich Lücken auf, für welche wir die fehlenden Glieder nicht kennen. Selbst Familien der gleichen Art geben kein einheitliches Bild der interessierenden Organe und weichen unter sich gar sehr voneinander ab. „Schon das Fehlen einzelner Drüsen oder Drüsengruppen bei verschiedenen Tieren legt den Gedanken einer gegenseitigen Kompensation nahe, zu stande kommend entweder durch überwiegend starke Entwickelung nur eines der accessorischen Anhänge oder durch das Vorhandensein besonderer intraepithelialer Einzeldrüschen (J. Schaffer), oder aber vielleicht durch Nebenhoden und Keimdrüsen

selber. Das physiologische Postulat für die einzelnen oder alle wird immer die Produktion eines Sekretes sein müssen, welches alle Faktoren in sich zusammenfafst, die geeignet sind, die Lebensenergie der Spermatozoen zu steigern." — Fast aussichtslos erscheint dem Autor, mit dem Aufsteigen in der Wirbeltierreihe auch zugleich den Typus einer fortlaufenden Entwickelung der accessorischen Geschlechtsdrüsen zu gewinnen. Eine weitere Schwierigkeit liegt in der vorläufigen Unmöglichkeit, die Organe in vergleichend anatomischer Beziehung konkret zu klassifizieren. Histologische Untersuchungen führen eben zu der Erkenntnis, dafs in der vergleichenden Anatomie der accessorischen Geschlechtsdrüsen ihrer Lage nach verschiedene und demgemäfs verschieden genannte Organe gleichwohl nach demselben Typus gebaut sind, und umgekehrt von derselben Situation und von gleicher Benennung histologisch ganz verschiedene Dinge darstellen. — Für Disselhorst ergiebt sich folgerichtig die Aufgabe, dafs die accessorischen Geschlechtsanhänge vieler Tiere die morphologische Sicherstellung erst zu erstreben, und das kann nur geschehen durch vergleichende entwickelungsgeschichtliche Untersuchungen, denn nur durch solche wäre die Homologie der Bildungen festzustellen, bei aller Verschiedenheit der adulten Zustände. An Einzelaufgaben will D. erforschen, in welchem Mafse die Kohabitationsdauer von dem Vorhandensein einer Samenleiterampulle, bezw. von dem Grade der Entwickelung derselben abhängt. Um der vermuteten Kompensation schwach entwickelter Prostatae durch ungewöhnlich grofse Keimdrüsen eine Stütze zu geben, wären statistische Aufnahmen notwendig über das Verhältnis des Hodengewichts zu dem des Körpers bei den in Frage kommenden Tieren. D. hat schon so viel herausgefunden, dafs bei schwach entwickelter Prostata im Verhältnis zum übrigen Körper ungewöhnlich grofse Keimdrüsen vorhanden sind und umgekehrt, dafs letztere da zurückbleiben, wo die Vorsteherdrüsen als gröfsere Bildung erscheinen. Wertvoll erscheint auch Referenten das Aufwerfen der Frage, ob die auffällige Stärke der Keimdrüse bei den einzelnen Tieren auf das Überwiegen der sogenannten Zwischenzellen beruht oder ob das Verhältnis der letzteren zum eigentlichen secernierenden Parenchym bei allen Tieren das gleiche ist. Quantitative Unterschiede bestehen in dieser Beziehung bei den einzelnen Tieren nach D. sicher. Zum Schlufs legt D. noch seine Erfahrungen nieder, die aus dem Vergleich von Hodenwägungen bei unreifen und geschlechtsreifen Tieren hervorgegangen sind. — Bei der reichen chirurgischen Litteratur über operative Eingriffe an den Keimdrüsen bei der Prostatahypertrophie sei noch mancherlei citiert. Bei keiner der accessorischen Geschlechtsdrüsen ist die Abhängigkeit der Keimdrüse so ausgesprochen wie bei der Prostata. P. Bruns, Ramm, White haben unabhängig voneinander zuerst Kastrationen bei Prostatahypertrophie vorgenommen. D. meint, dafs eklatant der durch die Operation erzielte Erfolg einer Rückbildung der Prostata für einen Zusammenhang beider Organe spreche. So sehr für Referenten aus der Arbeit von D. die vielseitigen Beziehungen klar geworden sind, welche zwischen Prostata- und Keimdrüse bestehen müssen, so sehr drängt sich ihm der Schlufs auf — und nicht zum wenigsten wird dieser Schlufs durch das auch von D. citierte zusammenfassende Referat von Goldschmidt über die Wirkungslosigkeit der Kastration bei Prostatahypertrophie gestützt —, dafs die Prostatahypertrophie das Endresultat ist eines gestörten physiologischen Gleichgewichtes zwischen Prostata und Hoden. Es mufs a priori daher aussichtslos erscheinen, durch die Ausschaltung eines der beiden Organe dieses Endresultat zum Schwinden zu bringen. Das ist aber auch die einzige Ausstellung, die Referent machen möchte und die sich bezieht auf eine allerdings sehr verzeihliche Überschätzung chirurgischer Mitteilungen. — Selbst den bewanderten Urologen werden die Kapitel Belehrungen bringen, die über die Beziehungen der Vorsteherdrüse zu den Samenblasen handeln, über Geschlechtstrieb und Zeugungs-

vermögen bei Ausschaltung der Samenblasen, über die Präexistenz des Geschlechtssinnes etc. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben von E. von Leyden. (Leipzig, 1898. Georg Thieme.) Die zweite Abteilung des ersten Bandes (I, 1 s. pag. 517) bringt folgende Arbeiten: I. Die Technik und der Komfort der Ernährung, von Martin Mendelsohn. Es wird die Herrichtung und die Darreichung der Nahrung in zwei Abschnitten ausführlich und mit der gewandten Feder, die wir bei dem Verfasser gewohnt, dargestellt, wobei die nötigen Apparate bildlich wiedergegeben werden. II. Über künstliche Ernährung, von W. v. Leube. Es wird behandelt die künstliche Ernährung mit der Schlundsonde, per rectum und von der Haut aus (subcutane Ernährung). Hervorhebenswert ist hier die Empfehlung subcutaner Ölinjektionen. Es werden 30,0—40,0 bestes Olivenöl oder Sesamöl langsam injiziert; die Resorption erfolgt prompt. Bei Wahrnehmung aller aseptischen Kautelen ist nur Nutzen zu erwarten. Verfasser stützt sich auf ein ausgedehntes klinisches Material. III. Diätetische Kuren, von F. A. Hoffmann. Sehr inhaltreich und belehrend. Da ist wirklich alles zu finden, was der Arzt auf diesem hochwichtigen, wenn nicht wichtigsten therapeutischen Gebiete wissen muſs. Besonders interessant ist der Abschnitt über Vegetarianismus. — — Wenn man so in dem Buche liest, so kommt einem das meiste fast selbstverständlich vor. Es sind so „einfache" Dinge, die dem erfahrenen Arzte gröſstenteils geläufig sind, aber nur dem „erfahrenen". Wer auf eine langjährige Praxis zurückblickt und speziell der ersten Jahre derselben gedenkt, der wird wissen, wie sauer er sich alles das, was ihm jetzt als selbstverständlich erscheint, hat erwerben müssen, wie er, ohne eine rechte Handhabe auf diesem Gebiete während der Studienzeit erhalten zu haben, und ohne eine gute, einschlägige Litteratur ziemlich auf sich selbst angewiesen war. Die kommende Generation wird es besser haben. Aus diesem Werke wird jeder junge Arzt sich ein vorzügliches Rüstzeug für die Praxis herausnehmen können zu seiner eigenen Befriedigung und zum Heile der sich ihm anvertrauenden Kranken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausgegeben von Georg Liebe, Paul Jacobsohn, George Meyer. I. Band. I. Abteilung. (Berlin, 1898. August Hirschwald.) Die Beschäftigung wissenschaftlich gebildeter Menschen mit der Krankenpflege ist modern geworden, und diese Mode ist mit gröſster Freude zu begrüſsen. Vielleicht ist es nicht ausschlieſslich das Verdienst der wissenschaftlichen Medizin, daſs sie in diese gesunde Bahnen therapeutischer Bestrebungen gelangt ist. Zweifellos haben so manche Erfolge diätetischer Heilverfahren wissenschaftlich nicht gebildeter Männer der Schulmedizin zu denken gegeben, sie darauf hingewiesen, daſs die pharmakologische und spezifische Therapie doch mit der diätetischen (im weitesten Sinne des Wortes) zusammengehen müsse, wobei letzterer vielleicht der Vorrang gebühre. Auf diese Weise sind wir, bewahrt vor Einseitigkeit, jetzt im besten Fahrwasser, nützen unseren Kranken und untergraben den Kurpfuschern den Boden. Von diesem Gesichtspunkte aus begrüſste man mit Freuden das Leydensche Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, von diesem Gesichtspunkte aus heiſsen wir auch das vorliegende Werk willkommen. Dasselbe ist groſs angelegt. Auf eine Darstellung der geschichtlichen Entwickelung der Krankenpflege soll die Bearbeitung der Krankenanstalten folgen (Allgemeine Krankenhäuser, Spezialkrankenhäuser, Rekonvalescenten- und Siechenhäuser). Der zweite Band bringt dann die offene Krankenpflege (einschlieſslich Krankenpflegegesetzgebung); der dritte die spezielle Krankenversorgung, d. h. die soziale Krankenpflege. Die Fürsorge für Arbeiter, Soldaten, Schüler, Waisen, Unbemittelte, Gefangene soll hier geschildert werden. Eine Bibliographie der ge-

samten Krankenpflege wird dann den Beschluſs machen. — Eine groſse Aufgabe, zu deren Lösung sich eine groſse Zahl von Autoren zusammengethan haben. Hoffen wir, daſs es ihnen gelinge, dem gesteckten Ziele nahe zu kommen. An Lesern wird es dem Werke dann nicht fehlen. — Die vorliegende erste Abteilung des ersten Bandes bringt gewissermaſsen als Einleitung die geschichtliche Entwickelung der Krankenpflege von Kreisphysikus Dr. Dietrich. Es dürfte eine zusammenhängende Darstellung dieses Themas wohl kaum noch vorliegen und deshalb die vorliegende allein schon groſses Interesse erheischen. Alles, was vom Altertum ab in Krankenpflegeanstalten oder seitens Krankenpflegegenossenschaften, Orden etc. geleistet worden ist, wird hier erschöpfend geschildert. Die Hausgesetze der jetzt bestehenden verschiedenen Krankenpflegevereinigungen Deutschlands, die alle in einer groſsen Tabelle zusammengestellt sind, findet man wiedergegeben, so daſs man sich so leicht einen Einblick in die vorhandenen Institutionen verschaffen kann. Eine fleiſsige und gründliche Arbeit, der sich die weiteren Abschnitte des Handbuchs hoffentlich würdig zur Seite stellen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die infektiöse Wirkung der Blastomyceten der malignen Tumoren, von L. Sirleo. (*Policlinico.* 1897. No. 12.) Verfasser konstatiert, daſs viele maligne Tumoren einen infektiösen Charakter haben. Die infektiöse Ursache ist aber bis jetzt biologisch und experimentell noch nicht nachgewiesen und wird sicher nicht in einer einzigen Klasse von Parasiten zu suchen sein. Die bisherigen Untersuchungen haben gezeigt, daſs verschiedene Blastomyceten einen pathogenen Charakter zeigen, daſs aber die von diesen Pilzen erzeugten Erscheinungen weit davon entfernt sind, die charakteristischen Eigenschaften von Carcinomen oder Sarkomen zu zeigen. Bisher hat man nur Septikämie, Eiterungen und chronisch entzündliche Wucherungen nach dem Typus der Granulome konstatiert. Mit Blastomyceten aus Krebsgeschwülsten vom Menschen oder anderen Tieren, bei denen carcinomatöse Neubildungen angetroffen werden, hat man experimentell bei Tieren nur einfache entzündliche Erscheinungen hervorzubringen vermocht. Das mittelst Mikroskop und Kulturen konstatierte Vorhandensein von Blastomyceten beim Carcinom und Sarkom des Menschen ist übrigens kein konstantes und wurden diese Pilze hauptsächlich bei ulcerierten Tumoren nachgewiesen; das topographische Verhalten der Blastomyceten in diesen letzteren läſst übrigens darauf schlieſsen, daſs sie nur sekundäre Erscheinungen sind. Verfasser leugnet übrigens nicht die Möglichkeit einer Entstehung von malignen Neubildungen durch Blastomyceten, nur behauptet er, daſs die Thatsache bisher noch nicht experimentell bewiesen werden konnte. Daſs übrigens Psorozoen Neubildungen verursachen können, beweist die Thatsache, daſs Papillome durch Coccidien erzeugt werden. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung bösartiger Tumoren durch Injektion der Toxine des Streptococcus erysipelatis, zugleich mit denen des Bacillus prodigiosus, sowie der nach den Methoden von Richet und Héricourt und nach den von Emmerich und Scholl zubereiteten sog. anticancrösen Serumarten, von D. B. Roncali. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1897. No. 20—23.) Die vorliegende Arbeit

enthält im wesentlichen eine eingehende Kritik der Versuche, maligne Tumoren durch Toxine verschiedener Bakterien zu heilen. Die Methoden von Poley, Richet und Héricourt, Emmerich und Scholl und die Berichte dieser Autoren werden ausführlich erörtert. Verfasser kommt dabei zu einem durchaus negativen Resultat und thut dar, dafs auf all diesen Wegen nichts zu erreichen ist und nichts erreicht ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung des Hautcarcinoms, von D. B. Morgan. (*Med. News* 27. Aug. 1897.) Durch die gelegentlichen, nicht wegzuleugnenden Erfolge mancher Kurpfuscher in der Behandlung des Hautkrebses hat sich M. veranlafst gesehen, die Wirkung von Ätzmitteln während der letzten vier Jahre einer näheren Prüfung zu unterziehen. Bei 14 auf diese Weise in genanntem Zeitraum behandelten Fällen ist bisher noch kein einziges Recidiv zu beobachten gewesen. Es ist nicht unmöglich, dafs die durch das Ätzen bewirkte Entzündung namentlich an den Randgebieten günstig wirkt, während bei dem reaktionslosen Verlauf nach blutigen Operationen dieser Faktor meistens gänzlich in Wegfall kommt. Unerläfslich ist es, starke Ätzmittel anzuwenden, schwache Präparate schaden mehr als sie nützen. Zweckmäfsige Rezepte sind folgende: I. Marsdens Pasta: ℞ Acid. arsenicos. Pulv. acac. ā Aq. dest. q. s. Auf je 4,0 der Mischung, welche von der Konsistenz guten Rahms sein soll, kann man 0,25—0,36 Kokain hinzufügen. Man trägt das Gemisch auf Gaze oder elastisches Heftpflaster etwa 1/4 Zoll dick auf und läfst es 14—24 Stunden liegen. Die gesunde Haut wird davon nicht angegriffen, aber an der Lippe ist es wegen Vergiftungsgefahr nicht anzuwenden. Die Behandlung mufs mit Energie ausgeführt und nötigenfalls zweimal oder öfter repetiert werden. Empfehlenswert ist auch die Pasta von Bougard: ℞ Weizenmehl und Stärke ā 28,5, Acid. arsenicos. 0,6, Hydrarg. sulph. rub., Ammon. mur. ā 2,10, Hydrarg. bichlor. 0,24, Zinc. chlor. cryst. 28,5, Aq. ferroid. 43,0, Cocain 0,6. Die ersten sechs Bestandteile werden im Glasmörser fein verrieben, darauf kommt das Zinkchlorid in heifsem Wasser aufgelöst hinzu; mischen und 24 Stunden stehen lassen. Auf Mull dick aufgetragen ebensolange auf den erkrankten Stellen liegen lassen.

Philippi-Remscheid.

Patho- und Histogenese des Carcinoms und der Sporozoenkrankheiten, von Bosc. (*Bulletin méd.* 1897. S. 825.) Aufser bei den Schafblattern, der Variola, der Vaccine und dem Trachom hat Verfasser auch bei der Acne hypertrophicans und der Syphilis Sporozoen (Coccidien) nachgewiesen, die alle miteinander übereinstimmten. Bei Syphilis wurden sie nicht allein im Rete Malpighii, sondern auch in den tertiären Lungenveränderungen konstatiert. Diese Coccidien gediehen auf den verschiedensten Nährböden, besonders aber auf Eieralbumen und durch Zusatz von Blutegelextrakt uncoagulierbar gemachtem Blute. B. betont die grofse Ähnlichkeit dieser Parasiten mit denen der Malaria. Für die Prophylaxis wichtig dürfte der Umstand sein, dafs die Coccidien in den menschlichen Organismus durch den Genufs von Kaninchenfleisch, Fischen, Schnecken gelangen; ferner nach Insektenstichen: gewisse Fliegen oder Mücken holen sich nämlich die Coccidien auf dem Grase oder an anderen Stellen, wo sie von den genannten Tieren niedergelegt wurden. Er fügt bei, dafs in gewissen Gegenden, wo gewohnheitsgemäfs rohe Schnecken genossen werden, Magencarcinom sehr häufig beobachtet werde. Die Virulenz dieser Parasiten ist verschieden, je nach den Tieren, in denen sie sich entwickeln; sie können sogar so abgeschwächt werden, dafs sie einen eigentlichen Impfstoff bilden. So hat er in einem Falle eine Übertragung von Schafblattern auf den Menschen in Form einer lokalisierten Variola beobachtet, welche ihrerseits wieder, auf das Schaf übertragen, lokale Schafblattern erzeugten.

C. Müller-Genf.

Über einen mit Lymphocytose einhergehenden Fall von Sarcoma multiplex cutis, von Geza Dieballa. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 22.) Die Blutuntersuchung in einem Falle von Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum (Kaposi), welches von der Haut ausgehend auch die Lymphdrüsen befiel und zur Bildung zahlreicher hämorrhagischer Pseudoangiosarkome führte, ergab, dafs eine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen vorhanden war. Diese erstreckte sich ausschliefslich auf die einkernigen Elemente, die Lymphocyten. Unter ihnen waren die grofsen mononukleären Formen mit breitem Protoplasmarande und chromatinarmem Kerne in verschwindend geringer Zahl vertreten. Es handelt sich um eine reine Lymphocytose. Ähnliche Fälle haben v. Limbeck und Palma beschrieben. Es kann die Zunahme der Lymphocyten bei Sarkom nur auf Kosten der polynukleären weifsen Blutkörperchen vor sich gehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sarkom des Vorderarmes, von C. E. Richmond. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1897.) Die 19jährige Patientin zeigte seit fünf Monaten am linken Handgelenk eine Schwellung, die stetig zugenommen, so dafs gegenwärtig der Vorderarm in der Gegend des Handgelenkes einen Umfang von 19 Zoll hat. Der Tumor war ein periostales Sarkom, das am unteren Ende des Radius begonnen hatte und aus grofsen Spindel- und grofsen Rundzellen bestand. Von Interesse in dem Falle ist die Anamnese, nach welcher ein Onkel der Patientin (Vaters Bruder) an einem Tumor des Oberschenkels, eine Tante, ebenfalls von Vaters Seite, an Brustdrüsenkrebs, eine Schwester der Mutter an Gesichtskrebs, eine andere Schwester an Uteruskrebs gestorben sind.
C. Berliner-Aachen.

Melanosarkom der Haut, von Marsh. (*Brit. med. Journ.* 27. März 1897.) Die 45jährige Patientin hatte immer ein Muttermal auf der Haut des rechten Oberarmes gehabt. Dasselbe wurde vor zwei Jahren entfernt; einige Monate später entwickelte sich in der Narbe ein pigmentiertes Gewächs und nach weiteren sechs Monaten zeigte sich ein pigmentierter Fleck in der Mittellinie der Kopfhaut. Die Partie wurde unter Kokain im Juli 1896 excidiert, kehrte aber an der Stelle der Narbe bald wieder. Fast gleichzeitig bemerkte die Patientin, eine passionierte Reiterin, dafs die Drüsen in der Achselhöhle gröfser wurden und schmerzhaft waren. Um dieselbe Zeit entwickelte sich ein melanotisches, unregelmäfsig begrenztes Gewächs am oberen Teile des rechten Triceps brachii. Alle Tumoren wurden excidiert. — Ob ein Recidiv eingetreten wird nicht berichtet. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von maligner papillärer Dermatitis, von Fr. Holme Wiggin und John A. Fordyce in New York. (*New York Med. Journ.* 2. Okt. 1897.) Diesen Fall der unter dem Namen Paget's disease bekannten Affektion der Brustdrüse halten die beiden Autoren vor allem deshalb der näheren Beschreibung wert, weil bei der Patientin, einer 50jährigen Frau, das Prodromalstadium, Eccema um die Brustdrüse, ungewöhnlich lange, 5 Jahre, sich hinzog. Vom gewöhnlichen Ekzem der Brustdrüse wird diese bösartige papilläre Dermatitis dadurch unterschieden, dafs die sekundären Ulcerationen, der Beginn der malignen Degeneration, meist in vorgerücktem Lebensalter vorkommen, einseitig und ihre Ränder scharf begrenzt sind. Die Oberfläche ist stark gerötet, von granulierendem Aussehen, das Unterhautzellgewebe infiltriert und fernere Characteristica sind Retraktion der Warze und Knoten in der Drüse. Bei rühzeitiger Operation tritt, wie auch in dem vorliegenden Falle, meist prompte Heilung ein. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab in kurzem eine Entzündung der Hautpapillen, welche zu Ödem und an einigen Stellen zur Zerstörung, an anderen zu abnormer Proliferation der Epidermiszellen führt; sekundär geht dann der Prozefs auf das Epithelium der Milchkanäle über, wo er ebenfalls teil-

weise destruktiver, teils proliferierender Natur ist. Die Überwucherung der Milchkanäle durch das proliferierende Epithel, welche in bösartige Infektion des umgebenden Bindegewebes übergeht, ist der gewöhnliche Schlufsstein des Leidens.

Stern-München.

Riesenzellentumoren der Haut, von J. H. Targett. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1897.) Der Verfasser beschreibt 4 Fälle, von denen der erste ein Gewächs am Zeigefinger, der zweite einen Tumor zwischen Haut und Fascie des linken Vorderarmes von sarkomatöser Natur; der dritte einen solchen Tumor zwischen Haut und Fascie der Brust; der vierte einen subcutanen Tumor des Handtellers zeigte. In keinem der Fälle ergab die Anamnese Anhaltspunkte für Syphilis, Tuberkulose oder tuberkulöse Belastung. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichts, von Carl Ewald. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 15.) In einem Falle wurde von der Glabella, in einem zweiten vom Septum narium eine Geschwulst entfernt, die kongenital war und die Charaktere eines Endothelioms zeigte, in dessen fibrösem Gewebe sich Knorpelinseln zahlreich vorfinden. Verfasser giebt eine genaue Schilderung der mikroskopischen Befunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epithelioma contagiosum und Conjunctivitis follicularis, von A. Elschnig. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 43.) Den Zusammenhang des Molluscum contagiosum mit Conjunctivitiden haben Steffan, de Wecker, Burchardt erwähnt. Letzterer suchte vergeblich mit seinen „Trachomkörpern" Molluscum contagiosum in der Haut zu erzeugen. Dennoch glaubt Verfasser, dafs das letgtgenannte, gewöhnlich vornehmlich am Augenlide lokalisierte Übel schädigend auf die Conjunctiva einwirkt. Er hat fünf dafür beweiskräftige Fälle beobachtet, die er citiert. In dreien dieser Fälle waren Hautleiden und Conjunctivitis nur einseitig vorhanden, was bei der Seltenheit der einseitigen Conjunctivitis sehr für einen Zusammenhang spricht. Wenn aber derselbe auch besteht, so braucht deshalb nicht derselbe Erreger beide Leiden zu verursachen. Es scheint vielmehr, als ob die Conjunctivitis reflektorisch oder durch Hineingelangen abgestofsener Epithelzellen in den Bindehautsack entsteht. Es handelt sich um keine spezifische, sondern um eine einfach reizende Wirkung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Reboul berichtet über drei Fälle von **Cornu cutaneum**, wovon der erste betrifft einen älteren Mann, mit einem 1 cm hohen Hauthorn an der Unterlippe; dasselbe fiel spontan ab, recidivierte dann aber und wurde excidiert. Ursache: Reiz der Tabakspfeife. 2. Junger Mann mit einem 0,5 cm hohen Hauthorn auf der mittleren Partie der Oberlippe; Entfernung mit dem Thermokauter. Ursache: Blennorrhoe. 3. 11 cm hohes Horn in der Occipitoparietalgegend bei einem alten Manne; dasselbe bildet das dritte Recidiv. Ursache: Seborrhoe der Kopfhaut. (Franz. Vereinigung für den Fortschritt der Wissenschaften, Aug. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Warzen und Suggestion, von Roussel. (*Med. Press and Circ.* Nov. 1897.) Die Pathologie der Warzen ist ein Gebiet, dem von den Forschern wenig Beachtung gewidmet wird. Man leugnet auch vielfach die kontagiösen Eigenschaften dieser Affektion, während das Publikum von denselben fest überzeugt ist. Thatsächlich kann man in Schulen die Verbreitung der Warzen von Kind zu Kind mit Leichtigkeit verfolgen. Ebenso zeigen sich in Familien bei Kindern Warzen oft erst nach dem Dienstantritt einer mit dieser Affektion behafteten Person. Auch bleibt eine Warze selten allein, vielmehr entwickelt sich um dieselbe meist eine ganze Kolonie solcher Eruptionen. Die Infektion von Person zu Person sowie die Autoinfektion können in An-

betracht des Nachweises von Mikrobien in den Warzen durch Cornil, Babès und Kühnemann nicht auffallend sein. Entsprechend der verschiedenen Auffassung betreffs der Kontagiosität der Warzen zwischen Ärzten und Laien wird von beiden die Affektion auch verschieden behandelt. Und zwar werden von Laien oft die seltsamsten, sogar absurdesten Dinge therapeutisch verwendet, merkwürdigerweise nicht selten mit Erfolg. Auch von einzelnen Ärzten sind durch interne Mittel die Warzen zum Verschwinden gebracht worden, so von Lambert u. a. durch Magnesia sulfurica, von Imossi durch Jodtinktur. Die Warzen wurden danach weich, schrumpften ein und verschwanden, ohne Narben zu hinterlassen. Alle diese Thatsachen weisen darauf hin, dafs hierbei die Suggestion eine grofse Rolle spielt. Demgemäfs versuchten Gibert und Bonjour die Anwendung der hypnotischen Wortsuggestion. Thatsächlich erzielten sie die gleichen günstigen Resultate. Auch Verfasser hat sich dieser Methode mit Erfolg bedient. Die nicht wegzuleugnende Beseitigung von Warzen durch die Wortsuggestion beweist, dafs man auf psychischem Wege auch anatomische Veränderungen und Rückbildungen hervorzurufen vermag. (Nach *Deutsche Med.-Ztg.* 1898. No. 4.)

Ein Fall von Dystrophia papillaris et pigmentosa (Acanthosis nigricans), von V. Collan-Helsingfors. (*Finska Läkaresälskapets Handlingar.* 1897. No. 3. Mit 3 Tafeln.) Verfasser teilt einen typischen Fall dieser Affektion mit, der sich im Laufe ungefähr eines Jahres an der Haut und den Schleimhäuten bei einem 41jährigen Bauernweibe entwickelt hatte. Vom 14. Jahre an Dyspepsie; in der späteren Zeit Abmagerung und fortwährende Cardialgie mit Erbrechen. Der Ventrikel ziemlich stark dilatiert, der Magensaft enthielt keine Salzsäure. Im Unterleibe fühlt man oberhalb des Nabels einen faustgrofsen, ziemlich beweglichen, unebenen und schmerzhaften Tumor und eine mehr unbestimmte, harte Ausfüllung. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut liefsen sich keine Bakterien und auch nicht die von Pollitzer beschriebenen „Epithelnester" nachweisen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Acanthosis nigricans („Dystrophia papillaris et pigmentosa"), von C. Boeck-Christiania. (*Norsk Magaz. for Lægevd.* 1897. No. 3. Mit einer Tafel.) Verfasser teilt einen typischen Fall dieser Hautaffektion mit, welcher vor einem Jahre bei einem 52jährigen Weibe entstand. Vor 4½ Jahren wurde die Patientin wegen eines Medullärcarcinoms der linken Mamma operiert, später kein Recidiv. Die Schleimhaut um die Vorderzähne und am harten Gaumen war mit langen, feinen Papillen dicht besetzt. Harn ohne Eiweifs und Zucker, die Diurese aber gering. Letztere wurde schnell und dauernd vermehrt unter Behandlung mit Extrakt von Glandula suprarenalis. Unter dieser Behandlung wurde die Haut auch allmählich heller und glatter. Nach 10 Monaten hörte man mit der Behandlung auf; es fand sich dann eine zunehmende Debilität und schnell wachsende Geschwulstbildungen im Unterleibe, welche als cancrös diagnostiziert wurden. Tod ungefähr 2 Jahre nach dem Anfange der Hautaffektion. Sektion wurde nicht gestattet. Die mikroskopische Untersuchung einer kleinen exstirpierten Hautpartie stimmte in allem Wesentlichen mit der Beschreibung Dariers überein (*Annales de dermatologie* 1898). *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall multipler Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfs, von Max Freudweiler. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Ein 4jähriges Kind ohne Zeichen von Tuberkulose und Lues leidet an Atemnot und Aphonie. Am harten Gaumen sitzen zwei flacherhabene, 2 mm vorspringende rundovale Excrescenzen, erbsen- resp. bohnengrofs. Beide haben eine fein durchfurchte, mit normalem Epithel bedeckte Oberfläche, sind fest an die Unterlage angedrückt, sitzen aber gestielt auf. Sie gleichen ganz spitzen Kondylomen des Präputialsacks. Zwischen den Stimm-

bändern sieht man ähnliche warzenartige Tumoren. Die Excrescenzen am harten Gaumen lassen sich mit dem Finger entfernen, die laryngealen erfordern die Tracheotomie. Dabei zeigte es sich, dafs sie an der Trachealschleimhaut unterhalb der Stimmbänder entspringen. Ihre Entfernung gelingt leicht. Das Mikroskop ergiebt: Mächtig entwickelte, proliferierende Stachelschicht gedeckt von mehrschichtigem Plattenepithel, grofse Papillen; kein Keratohyalin. — Es handelt sich also um nicht luetische, kondylomartige Tumoren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hämatom des Ohrläppchens, von St. Thomson. (*Brit. med. Journ.* 6. März 1897.) Der 33jährige Mann zeigt am Ohrläppchen des linken Ohres und zwar am oberen Teile des Antihelix eine Blutgeschwulst, die sich spontan entwickelt hatte und gegenwärtig ohne Behandlung im Zurückgehen begriffen ist. Man trifft solche Hämatome zuweilen bei Geisteskranken an, bei denen die Rückbildung jedoch mit Hinterlassung von Narben vor sich geht. *C. Berliner-Aachen.*

Haematoma tunicae vaginalis propriae testis, von J. Tolpigo. (*Mediz. Notizen.* 1896. No. 12.) Bisher sind nur zwölf Fälle von Blutungen innerhalb der unveränderten Tunica vaginalis propriae testis veröffentlicht worden, sodafs die zwei Fälle von solcher, sogenannter Haematocele traumatica, die Verfasser in seiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte, und die er ausführlich auf ihre pathologisch-anatomische, symptomatologische, ätiologische und therapeutische Bedeutung hin bespricht, eines nicht unbedeutenden Interesses nicht ermangeln.
J. Grünberg-St. Petersburg.

Reboul beschreibt einen Fall von **subcutanen und intramuskulären, einfachen und cavernösen Angiomen und Angiolipomen des linken Arms und des Thorax** bei einer 30jährigen Frau. Aufserdem bestanden hochgradige variköse Dilatationen der Arm- und Thoraxvenen. Die Tumoren waren zum Teil sehr schmerzhaft und hatten stellenweise das Muskelgewebe stark usuriert. Als Ursache dieser Geschwülste giebt Verfasser die wiederholten Schwangerschaften und für einzelne derselben ein Trauma an. (*Lyon méd.* 1897. No. 35.) *C. Müller-Genf.*

Multiple kongenitale Hautfibrome, von Tailhefer. (*Progrès méd.* 1897 No. 52.) Eine 48jährige Frau mit zahlreichen über die ganze Körperoberfläche verbreiteten, am Rumpfe stellenweise konfluierenden meist kongenitalen, teilweise aber erst später entstandenen, gestielten Tumoren mit dem histologischen Charakter der Fibrome; aus dem histologischen Befunde schliefst Verfasser ferner, dafs es sich nicht um Neurofibrome, sondern um eigentliche Fibrome gehandelt habe, die aber in den Rahmen der plexiformen Neurofibrome gehören. *C. Müller-Genf.*

Fibroma molluscum der Kopfhaut, operative Entfernung der Geschwulst, von W. W. Sender. (*Mediz. Notizen.* 1896. No. 16.) Bei einem Manne von 20 Jahren hatte sich auf dem Kopfe, in der Scheitelgegend, allmählich ein Fibroma molluscum ausgebildet. Seine Mutter datiert den Beginn der Erkrankung ins erste Lebensjahr zurück. Es soll aus einem rötlichen Hautfleck entstanden sein. Bis zum zehnten Lebensjahre wurde ein progressives Wachstum beobachtet, seitdem aber trat Stillstand ein. Die Geschwulst wurde operativ entfernt und die Wunde später plastisch gedeckt. Sechs Monate nach der Operation konnte Patient völlig geheilt entlassen werden. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Ein Fall von Diabetes mellitus mit Xanthoma diabeticorum, von A. James und Norman Walker. (*Scottish med. and surg. Journ.* Dez. 1897.) Von den bisher bekannten 26 Fällen von Xanthoma diabeticorum wurde die grofse Mehrzahl in

England beobachtet. Dieser neue Fall betrifft eine 21jährige Arbeiterin, welche seit einem Jahre an Diabetes litt (wobei auch Eiweifs neben Zucker im Harn gefunden wurde). Es entwickelten sich dann auf rauher und trockener Haut hauptsächlich an Knien und Ellenbogen und in deren Nachbarschaft harte Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse und strohgelber bis tiefroter Farbe. Die erste Eruption um Weihnachten 1896 verschwand fast vollständig wieder, bis im Juli 1897 eine zweite sich zeigte. Verfasser hält das Xanthom der Augenlider für wesentlich verschieden vom Xanthoma diabeticorum. Ersteres beginnt gleich als gelber Fleck, der sich vergröfsert uud nie wieder verschwindet. Das letztere zeigt sich zuerst in roten Flecken, die durchaus nicht immer die gelbe Farbe annehmen und zeitweise wieder verschwinden. Bestimmte Anhaltspunkte für die Beziehung zwischen dem Diabetes und der Hautkrankheit konnte auch Verfasser nicht finden. Histologisch wie gewöhnlich Vermehrung des Bindegewebes und fettige Degeneration.

J. Bloch-Berlin.

Ein Fall von Lymphadenoma, von Wallis. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Der Patient leidet seit vielen Jahren an Lymphadenoma. Verfasser hat einige Drüsen am Halse entfernt. Etwa sieben Monate später bekam der Patient am ganzen Körper zahlreiche, neue Knoten. *C. Berliner-Aachen.*

Keloide der Ohrmuschel. von W. Scheppegrell. (*New York med. Journ.* 17. Okt. 1896.) Dafs Keloide bei Negern häufiger vorkommen als bei Weifsen, beruht auf einer der ersteren Rasse speziell eigenen Disposition. Am Ohr sieht man sie meistens als Folge der Durchbohrung des Ohrläppchens zwecks Einhängens von Ringen entstehen. Blitzers Ansicht, dafs Recidive der Tumoren nach deren operativer Beseitigung selten seien, teilt S. nicht. Von grofser Wichtigkeit sei es, sämtliches pathologische Gewebe gründlich zu entfernen und jede Narbenbildung beim Heilen möglichst zu vermeiden. Eventuell sind plastische Eingriffe am Platze. Bei zehn Fällen hat Verfasser durch sorgfältiges Abpräparieren unter Kokainanästhesie gute Heilungen erzielt, was ihm sonst selbst beim stärksten Kauterisieren nicht gelang. Die Heilung per primam intentionem ist eben durchaus nötig.

Philippi-Remscheid.

Doppelte Tarsalgie und symmetrische Lipome des Fufssohlengewölbes, von Féré. (*Progrès. méd.* 1897. Nr. 35.) Es handelt sich um eine Frau, bei der sich im Verlaufe einer unglücklichen Ehe eine typische Hysterie entwickelte. Neben anderen nervösen Symptomen hatte Patientin auch sehr unter heftigen Schmerzen in beiden Fufsgelenken zu leiden, Schmerzen, die sich beim Gehen schon nach den ersten Schritten einstellten. Bald wurde danach auf beiden Fufssohlen je ein das ganze Gewölbe ausfüllender Tumor konstatiert. Das Koincidieren multipler oder symmetrischer Lipome mit nervösen Affektionen oder Geisteskrankheiten (Tabes Morbus Basedowii etc.) ist allgemein bekannt. Auch in diesem Falle läfst sich der neuropathogene Einfluís bei der Entstehung der Lipome wohl kaum in Abrede stellen.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Akromegalie, behandelt mit Thyreoidextrakt, von Rolleston. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Die 26jährige verheiratete Patientin leidet seit zwei Jahren an Akromegalie, die sich unter der Behandlung mit Thyreoidextrakt auffallend gebessert hat. Die Besserung hält noch lange Zeit, nachdem die Patientin aus dem Hospital entlassen ist, an. *C. Berliner-Aachen.*

Über Akromegalie, von D. Hansemann. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1897. No. 20.) Bei einer Frau, die an Diabetes zu Grunde ging und Erscheinungen von

Akromegalie zeigte, wurden ein Hypophysistumor und eine Struma bei der Sektion gefunden. Verfasser legt auf den Befund der Struma wenig Wert, ist aber geneigt, Diabetes, Akromegalie und Hypophysistumor mit einander in Konnex zu bringen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Vorlesungen über Morbus Addisonii, von Byrom Bramwell-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 2. und 9. Januar 1897.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle von Addisonscher Krankheit. Im ersten Falle, der einen 50jährigen Arbeiter betraf, sollen sich die Erscheinungen im Anschlufs an einen Influenzaanfall entwickelt haben. Die hauptsächlichsten Symptome waren hochgradige Asthenie, Pigmentation der Haut und der Wangenschleimhaut, sehr starke und rapide Abmagerung, kein Erbrechen, keine Leibschmerzen oder Diarrhoe. Die Autopsie ergab beide Suprarenalkapseln käsig degeneriert, ausgedehnte Ablagerung frischer Knötchen im Peritoneum, einen alten tuberkulösen Herd in der Spitze der linken Lunge. — Im zweiten Falle war die Krankheit charakterisiert durch tiefe Asthenie und Schwäche der Herzaktion, lokalisierte Pigmentflecke auf dem Rücken längs der Wirbelsäule und auf der Wangenschleimhaut, grofse Emaciation. Die Diagnose wurde durch die postmortale Untersuchung bestätigt. Dieselbe ergab einfache Atrophie beider Nebennierenkapseln. — Der dritte war ein typischer Fall der Addisonschen Krankheit, charakterisiert durch hochgradige Asthenie ohne ersichtliche Ursache, tiefe Pigmentation der Haut und Wangenschleimhaut, Schmerzen im Rücken, gelegentliches Erbrechen und leichte Abmagerung. Alle Symptome, die Hauptpigmentation mit eingeschlossen, besserten sich in auffallender Weise unter der Behandlung mit Suprarenalextrakt. Der Tod erfolgte durch einen interkurrenten Influenzaanfall. Die Sektion ergab vollständiges Fehlen der Kapseln, die durch Massen von Fett ersetzt waren. An der Stelle der linken Suprarenalkapsel fand sich eine eigentümliche Veränderung in dem Fettgewebe, wahrscheinlich Überreste der degenerierten Nebennierenkapsel andeutend. — Der Verfasser beschäftigt sich eingehend mit dem Wesen des Morbus Addisonii und unterzieht die verschiedenen Theorien, die über die Natur und die Ursache der Krankheit aufgestellt worden sind, einer kritischen, interessanten Besprechung.

C. Berliner-Aachen.

Addisonsche Krankheit mit bilateraler Atrophie der Nebennieren, von Nixon und M'Weeney. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Anatomische Präparate eines letal verlaufenen Falles von Morbus Addisonii ergeben vollständige Atrophie bis zu fast völligem Schwunde des Nebennierengewebes. Man bemerkt hauptsächlich die fibröse Hülle und fettiges Gewebe der zu Grunde gegangenen Nebenniere.

C. Berliner-Aachen.

Addisonsche Krankheit, von Bradshaw. (*Brit. med. Journ.* 1. Mai 1897.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Addisonscher Krankheit und knüpft daran die Bemerkung, dafs weder die Drüsentheorie noch die Nervenhypothese hinreichend seien, die Krankheit zu erklären. Mühlmanns Theorie, nach welcher bei Erkrankung der Nebenniere oder des Sympathicus Pyrocatechin im Blute sich anhäufe und vermöge seiner toxischen Wirkung die Symptome der Addisonschen Krankheit hervorrufe, vermag Verfasser nicht zu acceptieren, weil er in drei Fällen keine Spuren von Pyrocatechin im Urin finden konnte, in welchem dasselbe, wenn es im Blute vorhanden wäre, sonst rasch sich zeigen würde.

C. Berliner-Aachen.

Zwei Fälle von Addisonscher Krankheit, von Botkin. (*Botkinsche Hospital-Ztg.* 1896. No. 52.) In einem Falle handelt es sich um eine 57jährige Patientin, die neben starker Hautfärbung Ascites und unregelmäfsig remittierende Temperatur-

erhöhungen aufwies. Nach Punktion des hämorrhagischen Ascites liefs sich eine Neubildung der rechten beweglichen Niere nachweisen. Im Urin wurden aufser roten und weifsen Blutkörperchen, fettig degenerierte Epithelzellen und Bacillen gefunden, die sich als Smegmabacillen erwiesen. — Im zweiten Falle (30jähr. Patientin) bestand Temperaturerhöhung gleichfalls remittierenden Charakters, Schmerzhaftigkeit der linken Nierengegend, kolikartige Leibschmerzen (wie im ersten Fall), Schrumpfung einer Lungenspitze und Durchfall. Im Speichel, im Urin, in den Ausleerungen wurden Tuberkelbacillen gefunden, im Urin sah Verfasser sogar eine mit Tuberkelbacillen übersäte Riesenzelle. Auch hier handelte es sich wahrscheinlich um eine tuberkulöse Erkrankung der linken Niere und Nebenniere.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von ADDISONscher Krankheit, von H. WALDO. (*Brit. med. Journ.* 10. Juli 1897.) Der 36jährige Patient, starker Potator, klagte bei seiner Aufnahme im Hospital am 23. Mai 1896 über Erbrechen, allgemeine Schwäche und Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Die Eltern leben und sind gesund. Erbliche tuberkulöse Belastung liegt nicht vor. Vor fünf Wochen verlor er seinen Appetit und fühlte sich schwach am Morgen. Die Schwäche nahm stetig zu, sodafs er sich, zumal ihn die Beine stark zu schmerzen anfingen, zu Bett legen mufste. Gegenwärtig sieht der früher kräftige Mann anämisch aus. Die Haut am ganzen Stamm und an den Beinen ist tief pigmentiert. Das Scrotum ist nahezu schwarz und dunkler als irgend ein anderer Körperteil. Der Warzenhof ist sehr dunkel. Die Herzaktion ist sehr schwach; der Puls kaum zu fühlen. Lungen und Bauchorgane scheinen normal zu sein. Der Urin enthält geringe Mengen Eiweifs, das spezifische Gewicht beträgt 1025. Die Sensibilität ist erhalten, nur an den Fingerspitzen besteht Taubheit. Die Temperatur ist subnormal. Der Patient starb fünf Tage nach seiner Aufnahme. Die postmortale Untersuchung ergab ausgedehnte käsige Veränderungen und nahezu vollständigen Schwund der Nebennierenkapsel. Die rechte war kleiner als die linke. Die Nieren waren gesund. Der Plexus solaris und seine Verästelungen nach dem Ganglion hin waren in eine dichte Masse fettigen und fibrösen Gewebes eingehüllt, sodafs es schwer war, das Ganglion von demselben herauszuschneiden. Schnitte der Abdominallymphdrüsen zeigten Tuberkelbacillen, während solche in den käsig degenerierten Nebennieren fehlen.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Lehre von den Autointoxikationen beim Morbus Addisonii, von MAX MOSSE. (*Fortschritte der Medizin.* 1897. No. 21.) Von einem Falle von Morbus Addisonii mit typischem klinischen Bilde und typischem Sektionsbefunde benutzte Verfasser die Reste von Nebennieren, Leber und Milz zur Herstellung von Organauszügen nach BLUMENTHALschem Verfahren. Er stellte ein Extrakt in mit Chloroform gesättigter physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von kohlensaurem Natron her. Es erwies sich bei weifsen Mäusen der Auszug aus Nebenniere und Milch als sehr, derjenige aus der Leber als weniger giftig. Ähnliche Auszüge aus Leber und Milz eines an chronischer Nephritis gestorbenen waren ungiftig. Es befindet sich also beim Morbus Addisonii eine giftige Substanz besonders in der Milz, also wahrscheinlich in dem Blut. Die Zerstörung der Nebennieren führt also zur Anstauung einer giftigen Substanz im Körper, welche durch dieselben sonst unschädlich gemacht wird. Die Nebennieren haben eine doppelte Funktion: 1. Produktion einer physiologisch sehr wirksamen Substanz; 2. Produktion eines entgiftenden Stoffes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Lungensarkom mit Symptomen von Morbus Addisonii infolge von Beteiligung der Nebennieren, von F. A. PACKARD und J. DUTTON STEELE. (*Med. News.* 11. Sept. 1897.) Ein 33jähriger Holländer wurde wegen Hustens mit

schleimig blutigem Auswurf, grofser Hinfälligkeit, Schmerzen und Kontraktur am Knie und Hüftgelenk rechterseits ins Krankenhaus aufgenommen. Fast die ganze Körperoberfläche war auffallend dunkelbräunlich gefärbt. Patient gab zwar an, stets eine ziemlich dunkle Hautfarbe gehabt zu haben, aber Verfasser bezeichnen die Verfärbung als ganz derjenigen bei Bronzed Skin entsprechend. Bei der Autopsie (nach einer Krankheitsdauer von 11 Monaten) fanden sich ein primäres Riesenzellensarkom des Oberschenkels, Lungenmetastasen in grofsem Umfang und ein fast vollständiger Ersatz der Nebennieren durch weifse Tumormassen. Die sehr ausführlich mitgeteilten klinischen und anatomischen Beobachtungen sind als kasuistisches Material von Wert.

Philippi-Remscheid.

Über Braunfärbung der Haut beim Gebrauche von Arsenik, von Siegfried Smetana. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 41.) Ein 26jähriger Patient erhält wegen eines Drüsentumors im Mediastinum Injektionen mit Natr. arsenicosum, anfangs 0, 005 pro dosi, jeden andern Tag um 0,001 steigend. Schon als er 0,1 Natr. arsenic. bekommen hatte, begann eine deutliche Pigmentierung des Gesichts, die allmählich dunkler wurde und sich über den übrigen Körper verbreitete. Die Schleimhäute sind frei. — Die Zahl der Arsenmelanosen ist im Verhältnis zu der Häufigkeit des Arsenikgebrauches gering. Es gehört wohl eine gewisse Disposition dazu, die aber auch durch vorausgegangene Erkrankungen erworben sein kann. Dazu gehören örtliche Entzündungsprozesse: Ekzem, Psoriasis, ferner Morbus Basedowii, Erkrankungen der Lymphdrüsen. Kaposi vermeidet bei Frauen mit Psoriasis den Arsenik, weil er bei ihnen besonders oft Pigmentierung der Haut eintreten sah. — In jedem Alter kann die Arsenmelanose auftreten, wenn dieselbe auch die Jugend mit Vorliebe befällt. Der Beginn der Pigmentierung ist wie die Menge des dazu nötigen Arsens individuell sehr verschieden; ebenso verhält es sich mit der Verteilung derselben. Stets bleiben die Schleimhäute frei. Nach Aussetzen des Medikaments schwindet die Verfärbung allmählich. Die histologische Untersuchung ergiebt nur eine metabolisch entstandene Pigmentablagerung im Rete und in der Cutis. Diagnostisch kommen in Frage: Pigmentierungen durch Kratzen, Argyrie, Chloasma cachecticorum, Vagabundenkolorit, Malaria, Diabète bronzé, Pigmentsyphilis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der persistierenden Pigmentosen im Gesichte, von J. Braun. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1897.) Zur raschen Entfernung von Epheliden und Chloasmen ist das Sublimat durch nichts zu ersetzen. Ihr Nachteil ist, dafs die behandelten Hautstellen noch lange Zeit durch rosenrote Färbung und auffallende Zartheit sich abheben. Zur langsamen und allmählichen Hervorrufung der nötigen Abschuppung hat sich Verfasser das Hydr. praecipit. alb. (5,0 Lanolin, 35,0 Vaselin. americ. 15,0) neben flüssiger Kaliseife am besten bewährt. Die Salbe wird abends auf eine Gesichtsmaske aus Leinwand gestrichen und diese genau der Haut adaptiert. Morgens Waschung mit Spiritus sapon. kalin. und Puder. In 5—6 Wochen sind die Pigmentationen beseitigt. Um Recidiven vorzubeugen, wird die Haut zwei- bis dreimal wöchentlich mit

Tinct. Benzoes	*8,0*
Aq. Rosar.	*120,0*
Sublimat	*0,05*

gewaschen und mit Lanolincreame befettet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Eine Methode zur Verhütung von Narbenverkürzungen, von F. Zimmermann. (*Deutsch. med. Wochenschr.* Therap. Beilage. 1897.) Bei Operation eines durch Verschwärung entstandenen dreizipfligen Ohrläppchens verfuhr Verfasser so, dafs er den mittleren Zipfel wegschnitt, die anderen anfrischte, in der Mitte die Wundflächen durch senkrechten Schnitt bis unter die äufsere Haut incidierte und dann noch einen Querschnitt ca. 0,5 cm über dem unteren Ende des Ohrzipfels anlegte. Darauf genaue Vereinigung. Das Resultat war ein sehr gutes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der chronischen Ulcera mit Hauttransplantation nach Thiersch, von J. M. Parrot. (*Med. News.* 31. Juli 1897.) Der Erfolg der Transplantation ist wesentlich abhängig von der vorausgehenden lokalen und Allgemeinbehandlung, die sich nach der Ätiologie der Geschwüre zu richten hat (Syphilis, Malaria, Anämie, Varicen, Tuberkulose, chronische Bleiintoxikation). Nach Applikation der Hautstreifen ist eine zu lang dauernde Anwendung von Silk protective zu vermeiden, weil es sonst leicht zu Maceration der aufgelegten Hautstücke kommt. Es werden fünf Fälle mitgeteilt, die den ausgezeichneten Erfolg der Methode illustrieren.
H. Einhorn-München.

Zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs, von v. Langsdorff. (*Centralbl. f. Chir.* 1897. No. 46.) Nach Abreibung des Beines mit Schmierseife, Abwaschen und Abtrocknen wird das Geschwür dick mit Kalomel bestreut und dieses mit einem angefeuchteten armierten Watteträger zu einem Brei angerührt. Darüber wird Kochsalz gestreut, mit dem Kalomelbrei gemischt; Gaze-Watteverband. Durch das Sublimat in statu nascendi tritt eine energische, 3—4 Stunden sehr schmerzende Ätzung ein. Nach 24 Stunden Reinigung der Wunde, die jetzt gut aussieht, trocken ist, und Auflegen von Ung. basilicum bis zur Heilung. Überwuchernde Granulationen werden durch Überstreichen mit einem Krystall von Cupr. sulfur. behandelt. Auf zurückbleibende epithellose Stellen wird Emplastrum consolidans, auf weifsen Karton gestrichen, aufgelegt und durch leichten Kompressivverband befestigt. Nur selten ist eine Thierschsche Transplantation nötig. Nach der Heilung Zinkleimverband für ca. 14 Tage. — Die nach dieser Behandlung sich bildenden Narben sind fester als gewöhnlich. — Auch chronische Unterschenkelekzeme ätzt Verfasser durch Kalomel, welches mit starker Salzlösung zu einem dicken Brei verrührt aufgestrichen wird. Auch stark nässende Ekzeme heilen so. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Methode von Moreschi bei der Behandlung des Ulcus varicosum cruris, von Turazza. (*Rif. med.* 1897. No. 251.) Dieselbe besteht darin, dafs ober- und unterhalb des Geschwürs ein halbzirkelförmiger Schnitt bis auf die Muskelfascie ausgeführt wird, alle eröffneten Venen ligiert und die Wunden der Heilung per sec. überlassen werden. Die Blutleere wird während der Operation mittelst Esmarchschen Schlauches erzielt. T. hat die Prozedur mit vorzüglichem Erfolge bei einer 43jährigen Frau angewendet, nachdem alle anderen Methoden nur ganz vorübergehende Heilung erzielt hatten. *C. Müller-Genf.*

Zur konservativen Behandlung ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre, von B. G. Kretz. (*Prag. med. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Ein Arbeiter zeigte ein höckriges, torpides Geschwür, welches das ganze mittlere Drittel der Vorderfläche des Unterschenkels einnahm und sich als carcinomatöser Natur mikroskopisch erwies. Da die Amputation verweigert wurde, wird das Geschwür in toto excidiert, wobei auch Stücke der Tibia mit entfernt werden mufsten. Einige Monate später Trans-

plantation nach THIERSCH. Die Heilung der grofsen Wundfläche wurde sehr begünstigt durch die Knochenresektion, wodurch die Wunde entspannt wird, was die Granulationsbildung fördert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Ulcera varicosa, von W. TH. THOMAS. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1897.) Der Verfasser hat variköse Venen der Unterextremität, mögen sie von Ulcerationen begleitet sein oder nicht, chirurgisch mit Ligatur und Resektion der Vena saphena interna in der Leiste mit sehr zufriedenstellenden Resultaten behandelt. Selbst alte Geschwüre heilten nach der Operation in auffallend kurzer Zeit ab. Verfasser verfügt über eine Serie von 30 Fällen, die fast alle erfolgreich mit der erwähnten Methode behandelt worden sind. *C. Berliner-Aachen.*

Die praktische chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von HOHRSHEIM. (*Journ. des prat.* Mai 1897.) Verfasser empfiehlt die Methode von DUPLAY mit dem Thermokauter. Aufser diesem letzteren gehört zum Instrumentarium eine lange krumme Nadel und Silberdraht. Die Nadel wird unter die Vene gestochen, der Draht durchgezogen und die Vene von der Umgebung etwas abgehoben und mit dem rotglühenden Thermokauter entfernt; dasselbe wird mit allen ektasierten Venen in der ganzen Peripherie des Anus gemacht. Auf diese Weise wird die umgebende gesunde Haut geschont. *C. Müller-Genf.*

Über Moosbetten und Decubitus, von M. SANDER. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1897. No. 11.) Zur Verhütung des zumal bei unreinlichen, inkontinenten Kranken so leicht entstehenden und so gefährlichen Decubitus genügen die üblichen Wasserkissen Luftkissen etc. nicht. Das Anfüllen der Betten mit einem elastischen, gut aufsaugenden, die Zersetzung der Exkrete verhütenden Stoff ist das beste. Holzwolle ist zu wenig elastisch, bildet leicht Klümpchen, stäubt zu stark. Dagegen ist Moos (aus Hannover bezogen) nach des Verfassers Erfahrungen ausgezeichnet brauchbar. Es wird dasselbe in das mit Holzboden und Gummiunterlage versehene Bettgestell eingeschüttet, und der mit kurzem Hemde oder mit Jacke bekleidete Kranke hineingelegt. Nach jeder Verunreinigung wird das verunreinigte Moos durch neues ersetzt und alles ordentlich aufgelockert und durchwühlt. Die Unterhaltung eines Moosbettes kostet jährlich ca. 380 Mark. Es können die Kosten noch dadurch vermindert werden, dafs man das gebrauchte Moos wäscht und wieder trocknet. Betreffs der Details sei auf die Originalarbeit verwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Hemiatrophia faciei, von E. JENDRASSIK. (*Arch. f. klin. Med.* 59. Bd., 3. u. 4. Heft.) Nach einer Schilderung von drei neuen Fällen unterzieht Verfasser die Pathogenese der Hemiatrophia faciei einer eingehenden Betrachtung. Besonders wendet er sich gegen MOEBIUS, der die primäre Ursache des Leidens in der Haut sucht. Verfasser nimmt eine Nervenstörung als vorliegend an. Es kann diese weder im Trigeminus noch im Halssympathicus zu suchen sein, vielmehr scheint sich ein Prozefs in den sympathischen Kopfganglien und den mit denselben verbundenen REMAKschen Fasern abzuspielen. Auf die Beschaffenheit dieser Teile wird bei zukünftigen Sektionen besonders geachtet werden müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva, von M. LE MAIRE. (*Hosp.-Tid.* 1897. No. 29.) Verfasser teilt einen solchen Fall bei einem 9jährigen Mädchen mit. Im Alter von zwei Jahren hatte es die Masern, $1^1/_2$ Jahre danach fing die Krankheit ohne nachweisbare Ursache mit gelblichbraunen Flecken vor dem linken Ohre an. Die Volumverminderung war erst im fünften Jahre auffallend. Jetzt aus-

gesprochene Atrophie der linken Seite des Gesichts (des Fettgewebes, der Muskeln, der Knochen; die Haut ist nur in einer streifenförmigen Partie vor dem linken Ohre atrophisch) und der linken Seite des Gaumens und der Zunge. Sonst im ganzen gesund. Die Intelligenz unbeschädigt. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Hemiatrophie der Zunge im Anschluſs an eine Verwundung der linken Wange durch eine Revolverkugel; nach dreiwöchentlicher fast vollkommener Mundsperre Erscheinungen einer linksseitigen Zungenlähmung. Erst nach Ablauf von drei Monaten kann der Mund vollkommen geöffnet werden. Nach zwei Jahren bedeutende Besserung der Artikulationsstörung, Fehlen der Geschmacksempfindung, Tastempfindung erhalten, keine Schmerzen. H. N. Moyer-Chicago. (*New York med. Journ.* 7. August 1897.) *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von partieller Gangrän nach Exstirpation eines Aneurysma popliteum dissecans, von Carl Beck. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 6.) Bei der Entfernung eines angeblich plötzlich entstandenen Aneurysma popliteum muſste wegen ausgedehnter Verwachsungen auch die Vene exstirpiert werden. Vier Tage nach der Operation schien alles gut zu gehen, dann trat im Gebiete der Arteria tibialis antica, postica und peronea eine leichte Verfärbung ein, die zu völliger tiefgehender Gangrän mit ausgedehnten Muskelzerstörungen führte. Dieselbe begrenzte sich aber scharf. In Monaten trat Heilung ein mit ziemlich erhaltener Funktionsfähigkeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über spontane Gangrän, von Jul. Mundt. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 84.) Die spontane Gangrän wird bald auf Gefäſs-, bald auf Nervenanomalien, bald auf periphere, bald auf centrale Vorgänge zurückgeführt. Daſs aber auch Bakteriengifte diese Gangränform hervorrufen können, wie Billroth schon vor beinahe zwei Decennien es ausgesprochen hat, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Das beweisen schon die Fälle von Gangrän nach Infektionskrankheiten. — Eine Gangrän nach Masern sah Verfasser. Ein dreijähriges Kind erkrankte Anfang April an Masern und Pneumonie; beides verlief gut. Den 20. April wurde nach einer unruhigen Nacht ein kleines dunkles Bläschen am Daumen der linken Hand bemerkt, dieses wurde dann der Ausgangspunkt einer mumifizierenden Gangrän aller Finger der linken Hand bis zum Metacarpus; vom Zeigefinger war nur die letzte Phalanx und die Hälfte der zweiten gangränös. Kein Radial- und Ulnarpuls, Handrücken und Handfläche schwarz, kalt. — Der kleine Patient genas unter Verlust der gangränösen Finger, die nach eingetretener Demarkation entfernt wurden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Multiple Hautgangrän der Kopfhaut bei einem kachektischen Kinde, von A. D. Heath. (*Brit. med. Journ.* 3. Juli 1897.) Es handelt sich um ein 2jähriges stark abgemagertes Kind, das in sehr krankem, benommenen Zustande dem Verfasser zugeführt wurde. Dasselbe zeigte auf der rechten Seite des Hinterhauptes ein tief ausgebohrtes Geschwür, welches von einem feuchten, schwarzen Schorf bedeckt war. Die Haut des Geschwürrandes war blaſs. Eine ähnliche gangränöse, aber kleine Stelle befand sich auf der rechten Seite des Hinterhauptes. Eine deutliche Ursache der Affektion konnte nicht festgestellt werden. Keuchhusten und leichte Bronchitis waren die einzigen Krankheiten, an welchen das Kind vor Ausbruch der Hautgangrän gelitten hatte. — Der Fall verlief letal. *C. Berliner-Aachen.*

Akut sich verbreitende Gangrän in Verbindung mit Glykosurie, von A. Waring. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1897.) Der 59jährige Patient litt seit drei Jahren an vorübergehenden Attacken von Glykosurie. Am 12. November 1896 kon-

sultierte er den Verfasser wegen intensiver Schmerzen um das Perineum, wegen Kopfschmerzen und allgemeinen Unwohlseins. Die Temperatur war erhöht, der Puls sehr frequent. Die Untersuchung der Lungen ergab nichts Abnormes. Die Besichtigung des Perineums ergab eine gespannte, halb fluktuierende Schwellung, welche die rechte Seite des Perineums einnahm und sich vom Anus zum Scrotum und nach aufsen zu den Glutaealfalten erstreckte. Das Scrotum war geschwollen. Der Urin enthielt Zucker. In den nächsten Tagen nahm die perineale Schwellung an Ausdehnung zu. Es zeigten sich auf der Oberfläche derselben dunkle umschriebene gangränöse Stellen. Die Haut über den geschwollenen Partien war deutlich emphysematös. Da die Allgemeinsymptome einen bedrohlichen Charakter annahmen, so wurden in Chloroformnarkose breite Incisionen in die fluktuierenden Stellen gemacht, dunkelgrüne, gangränöse, stark übelriechende Massen entfernt und die Wundhöhle mit Sublimatlösung gut ausgespült und mit Jodoformgaze ausgestopft. Es trat unter fortgesetzter antiseptischer Behandlung völlige Heilung ein. *C. Berliner-Aachen.*

Zeitweiliger Stillstand im Wachstum der Nägel nach Collesscher Fraktur, von T. H. Davison. (*Lancet.* 22. August 1897.) Ein Feuerwehrmann erlitt bei einem Sturz aus 10 Fufs Höhe einen Bruch des Radius. Die Verletzung heilte ohne Zwischenfall, aber sechs Wochen nach dem Sturz bemerkte Patient an den Fingernägeln der Hand aufser am Daumen die Entwickelung von deutlichen Querfurchen. Allmählich verschwanden dieselben wieder. Der genaue Zusammenhang scheint nicht ganz klar nachzuweisen zu sein. *Philippi-Remscheid.*

Die Bakteriologie der Alopecia areata, von G. Thin. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1897.) Gelegentlich der Lektüre von Sabourauds Arbeit über die Alopecia areata erinnerte sich Verfasser seiner eigenen früheren Beobachtungen über diesen Gegenstand. Auf Veranlassung von Huxley, der ihm im März 1881 seine Arbeit über das Bacterium decalvans und über den mit der Zerstörung der Haare bei Alopecia areata in Verbindung stehenden Mikroorganismus mitgeteilt hatte, beschäftigte sich Verfasser damals sehr eingehend mit der Untersuchung der Haare von Alopecia areata. Er fand in und an denselben kleine Körper von runder oder länglicher Gestalt, welche er als Bakterien der Alopecia areata ansah. Im Jahre 1889 hatte Verfasser Gelegenheit, ein excidiertes Stückchen von der Kopfhaut eines mit Alopecia areata behafteten jungen Mannes mikroskopisch zu untersuchen. In einigen Haarfollikeln konnte man im oberen Teile des Follikels, genau über dem Eingange des Talgdrüsenausführungsganges eine sackartige Dilatation bemerken, in welcher sich zahlreiche, wohl gefärbte Mikroorganismen vorfanden. In anderen Follikeln, in welchen keine grofse Ausweitung zu sehen war, wurde eine kleinere Zahl von ähnlichen Organismen längs der inneren Wurzelscheide des Haares gefunden. Verfasser hatte sich vorgenommen, den Gegenstand weiter zu verfolgen, war aber wegen anderweitiger Aufgaben nicht dazu gekommen. Als er später Sabourauds Arbeit in den *Annales* las, war er über die grofse Ähnlichkeit der Bilder mit seinen eigenen Befunden in den seit mehreren Jahren zurückgelegten Präparaten frappiert. In der vorliegenden Arbeit werden die damaligen gewonnenen Bilder noch einmal reproduziert. Zwei Thatsachen sind es vor allem, welche die Annahme, dafs die Alopecia areata durch ein Bacterium hervorgerufen werde, als sehr glaubwürdig erscheinen lassen. Einmal werden bestimmte Fälle von Übertragungen in der Litteratur mitgeteilt, und zweitens ist es zweifellos, dafs die Krankheit in ihrer Weiterverbreitung durch antiparasitäre Mittel aufgehalten wird. *C. Berliner-Aachen.*

Beiträge zur Lehre von der Alopecia. Eine klinische Studie von Victor Janovsky. (*Wiener med. Wochenschr.* 1897. No. 14.) Nachdem Verfasser die Kaposisch

Einteilung der Alopecia vorausgeschickt, wendet er sich der Besprechung der Formen zu, welche durch chronische Entzündung der Haarbälge und ihrer Adnexe entstehen und als Keratosis pilaris, Alopecia atrophica, Ulerythema, Folliculitis decalvans beschrieben sind. Verfasser giebt zunächst eine lehrreiche Darstellung der einschlägigen Arbeiten von Quinquaud (Folliculite des régions velues), Taenzer (Ulerythema ophryogenes), Besnier (Alopécie cicatricielle innominée-Acné lupoide), Brocq (Lichen pilaire ou xérodermie pilaire symmetrique de la face), Sack (Ulerythema sycosiforme), Dubreuilh. Daran reiht er dann die Schilderung seiner eigenen Fälle. 1. Ein 36jähriger Beamter, der früher schon an mäfsiger Seborrhoe mit Haarausfall und Akne gelitten, zeigt an der Schläfe eine kahle Stelle mit unregelmäfsigen Konturen und kleinen Ausläufern in die Umgebung. Die glatte Haut weist bei Lupenbetrachtung kleine, mäfsig eingezogene, den Haarbälgen entsprechende Narben auf. In der Umgebung findet man vereinzelte, stecknadelkopfgrofse, leicht gerötete, mit erodierter Hornschicht bedeckte Knötchen ohne Spur eines Haares. Aufserdem findet man Zwischenstufen von diesem knötchenförmigen Infiltrat bis zu der haarlosen, atrophischen Narbe. Am übrigen Kopf kleinere ähnliche Stellen. — Besserung nach Waschung mit Spiritus saponatus kalinus und Schwefelsalbe. — Es handelt sich hier um eine Folliculitis und Perifolliculitis. — 2. Ein 15jähriges Mädchen, sonst gesund, zeigt an Wangen, Oberlippe, Lidern, Kinn, Stirn verstreute, stellenweise auch gruppierte, griefskorngrofse Knötchen, von denen einige braun sind. Dieselben schilfern fein ab. Ein Teil der Infiltrate ist abgeflacht, hat eine verdickte Hornschicht; an anderen sieht man wiederum den Übergang zur Atrophie, die sich durch kleinste, weifsliche, trichterförmig eingezogene Narben dokumentiert. Die Infiltrate entsprechen den Haarfollikeln. — Hier liegt eine chronische Haarbalgentzündung vor, die in Atrophie endet. — 3. Ein 25 Jahre alter Tagelöhner, sekundär luetisch, zeigt am hinteren Ende der Scheitelbeingegend eine 4 cm lange, 2 cm breite Stelle, an der die Haut verdünnt, eingesunken, intensiv rot ist, erweiterte Gefäfschen enthält, die durch Inselchen von weifslichen Narben getrennt sind. In der Umgebung den Haarbälgen entsprechende follikuläre und perifollikuläre Infiltrate, die ein Haar umschliefsen. Die Übergänge von ihnen zur Atrophie sind erkennbar. Der Zustand änderte sich nach der antiluetischen Kur, die die Luessymptome beseitigte, nicht, besserte sich auch nicht auf Schwefelsalbe. — Diese Fälle lehren, dafs neben einer mykotischen Alopecie, der Alopecia areata, der Alopecia seborrhoica, der sekundären Alopecie es eine solche giebt, die durch entzündliche follikuläre Prozesse erzeugt wird. Die Haare zeigten aufser mäfsiger Atrophie, aufser dem Auftreten von Luftbläschen im Haarmarke keine wesentlichen Veränderungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Trichorrhexis nodosa, von Panichi-Florenz. (*Settim. med. d. Sperimentale.* 1897. No. 38.) Ein Student hatte wegen einer Seborrhoe der Kopfhaut eine energische Lassarsche Kur durchgemacht, Bald danach konstatierte man die der Trichorrhexis eigentümlichen Veränderungen. Mikroorganismen wurden weder mikroskopisch noch bakteriologisch nachgewiesen. Die Affektion heilte rasch, als mit den Einreibungen aufgehört wurde. Verfasser nimmt, hierauf gestützt, an, dafs die Ursache eine rein mechanische war und auf die energischen Einreibungen zurückzuführen sei. In anderen Fällen dürfte jedoch auch eine andere Ätiologie in Frage kommen (speziell Mikroorganismen). *C. Müller-Genf.*

Ein seltener Fall von Vitiligo, von Reinhard-Pretoria. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 25.) Der merkwürdige Fall von Vitiligo acquisita sei schon 1894 in den *Monatsheften f. prakt. Derm.* von Niemeyer beschrieben worden, weise aber jetzt neue Einzelheiten auf. Der Patient stammt von Kaffern ab, ist 43 Jahre

alt und Schulmeister. Er hat mehrere Kinder. Weder bei seinen Vorfahren noch Nachkommen zeigte sich eine Hautaffektion ähnlich der seinen. Vom 16. bis zum 25. Jahre sei er nach und nach vollständig weifs geworden. Dann aber, vom 27. Jahre bis jetzt, beginnt wieder das Schwarzwerden resp. das fortschreitende Auftreten von braunen und schwarzen Flecken. Die ersten derselben zeigten sich im Gesicht, allmählich wurden immer gröfsere Partien des Körpers ergriffen. Der Verfasser konstatierte innerhalb der kurzen Beobachtungszeit von 14 Tagen eine bedeutende Zunahme der Pigmentierung der Gesichtshaut und das Auftreten von grofsen, schwarzen Flecken auf beiden Schultern, an den Beinen, an Stellen, welche vor 2 Wochen weifs gewesen waren. 2 Abbildungen illustrieren die Veränderungen im Gesicht. Der Mann liefs sich nicht nackt sehen, ist aber sicher am ganzen Körper bereits weifs-schwarz gefleckt, hegt übrigens selbst die Hoffnung, wieder ganz schwarz zu werden, wie seine Stammesgenossen. Bemerkenswert ist, dafs die kurzen, gekräuselten Haare alle schwarz sind, während die Kopfhaut weifs ist. Die Sensibilität überall normal, Lepra auszuschliefsen. Nirgends zeigt die Haut Verdickung oder Schuppung. Das Fortschreiten des Pigmentes läfst sich schon aus den nach innen konvexen Begrenzungslinien erkennen. Die pigmentierten Stellen sind ziemlich symmetrisch angeordnet. *Neuhaus-München.*

Beobachtung des Anfangsstadiums einer Diabetidenart der Genitalgegend beim Manne, von Barthélemy-Paris. (Kongrefs in Moskau 1897.) Die Diabetiden der Genitalien gelangen beim Manne nur selten in ihrem Beginne zur Beobachtung. Der Arzt sieht sie gewöhnlich erst in Gestalt ausgedehnter, tiefer, ulcerierter, konfluierender Flächen, deren Aussehen durch Eindringen allerlei Arten von Parasiten seinen Typus eingebüfst hat und welche für syphilitische Geschwüre, Epitheliome, phagedänische oder sonst welche Ulcera angesehen werden können. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, einen Patienten zu beobachten, bei dem während 4 Monaten die strikteste Antisepsis der balanopräputialen Region vorgenommen worden war. Der Urin enthielt bis 120 g Zucker in 24 Stunden. Der Patient, der sich weigerte, jeder Art von Diät sich zu unterwerfen, litt zeitweilen an Harninkontinenz. Unter solchen Umständen bildeten sich kleine, rundliche, kavernöse, ulcerierte Efflorescenzen in der Balanopräputialfalte aus. Dank strengster antiseptischer Mafsnahme fand keine Komplikation statt, wie dies unfehlbar unter anderen Bedingungen eingetreten wäre. Obschon man hätte erwarten können, dafs diese kleine, herpesartige Eruption in etwa 10 Tagen zur Heilung gelangen würde, waren hierzu volle 3 Wochen nötig, und kaum waren einzelne Geschwürchen abgeheilt, so zeigten sich frische Schübe, deren nacheinander eine ganze Reihe (im ganzen 6) auftraten, so dafs die definitive Heilung erst nach 4 Wochen zu stande kam. Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: der ulcerierte Herpes, der weiche Schanker und das ulceropapulöse Syphilid. Die Diagnose auf herpetiforme Diabetide der Genitalien kann nur per exclusionem und unter Berücksichtigung gewisser ungewöhnlicher Merkmale gestellt werden. Die äufserliche Antisepsis und die innerliche Darreichung von Alkalien vermochten endlich, dieses recidivierenden und hartnäckigen Übels Herr zu werden.

C. Müller-Genf.

Operoderma genito-dystrophicum. Eine neue Krankheit. Vorläufige Mitteilung von Rummo und Ferrannini. (*Rif. med.* 1897. No. 179.) Die Krankheit ist in verschiedener Beziehung verwandt mit dem Myxödem und der Akromegalie, bildet aber eine noch nicht beschriebene, selbständige Affektion. Ihre Symptome sind zum Teil konstante, zum Teil variable. Zu den ersteren gehört eine besondere Beschaffenheit der Haut, welche die Farbe von altem Wachs und ein welkes, geschrumpftes,

rauhes, runzliges Aussehen annimmt; die Haare fallen vollständig aus; der Geschlechtstrieb fehlt gänzlich; die Genitalien sind ganz klein, atrophisch. Die Stimme ist verändert (Falsettstimme). Der Bauch ist grofs, schwappend, herabhängend, wie die Mammae. Die Stirn ist niedrig, der Schädel meist dolichocephal, die Jochbeine hervorragend, der Unterkiefer nur klein; die Ohren sind grofs, nach vorn gekehrt, meist mit starker Entwickelung des Darwinianischen Läppchens. — Zu den veränderlichen Symptomen gehören: Pseudomuskelhypertrophie, besonders der Wadenmuskulatur, zuweilen mit Entartungsreaktion; Knochendifformitäten (Elephantenfufs, Froschhand). Die Affektion zeigt somit einige Analogien mit dem, was man bei den Eunuchen antrifft, und stellt eine allgemeine Dystrophie dar. Therapeutisch wird man die Opo- und Organotherapie zu versuchen haben. — Eine ausführliche Abhandlung über die eigentümliche Affektion wird demnächst in der *Zeitschrift für klinische Medizin* erscheinen. *C. Müller-Genf.*

E. A. Deut giebt einen kurzen Bericht über einen mittelschweren, seit 4 Jahren bestehenden Fall von **Myxödem**, das sich nach Ansicht der 45jährigen Kranken im Anschlufs an einen Shoc entwickelt hat. — 3 Familienglieder geistig erkrankt. — Rasche Besserung unter Schilddrüsengebrauch und Behandlung mit warmen Bädern. Zur Vermeidung von Rückfällen sind die Tabletten lange Zeit fortzunehmen. (*Lancet.* 7. August 1897.) *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von Emil Wadstein. (*Nordiskt med. Arkiv.* 1896. No. 29.) In dieser kurz referierten Krankengeschichte handelt es sich um eine 46jährige Patientin mit Morbus cordis und Sklerodermie im Stadium der Hypertrophie. Der Tod trat ungefähr 5 Monate nach dem Anfange dieser letzteren Krankheit ein. Das Resultat der Sektion und der mikroskopischen Untersuchung der Haut wird näher mitgeteilt. Bemerkenswert sind die, auch früher von Neumann beobachteten, von den untersten Epidermiszellen ausgehenden, langen, feinen, zapfenförmigen Ausläufer, welche sich bis auf 60 μ und darüber in das Cutisgewebe hinein verfolgen liefsen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Sklerodermia diffusum, von C. Peterson. (*Upsala Läkareförenings Förhandl.* 1897. II. Bd. 2—3. Heft.) Verfasser berichtet über einen solchen Fall im Stadium der Atrophie, welche nach einer Erkältung (Sturz in einen Tümpel bei 10° Kälte) bei einem früher gesunden, 59jährigen Arbeiter im Laufe der letzten drei Jahre entstanden war. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Skleroderma diffusum in Verbindung mit chronischen, fibrösen Veränderungen in der Schilddrüse, Verminderung des Thyrojodins und Zunahme der chromophilen Zellen und des Kolloids in der Hypophysis, von Ludwig Hekken; **mit Angabe der chemischen Analyse der Schilddrüse**, von H. Gideon Wells. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1897. No. 17.) Eine 51jährige Frau starb an diffuser Sklerodermie. Die Obduktion ergab neben dem Skleroderma: Atrophie der Schilddrüse; Arteriosklerose; Fett- und atrophische Leber; chronische Nephritis; interstitielle Myocarditis und Hypertrophie des Herzens; adhäsive Pleuritis; adhäsive Peritonitis im Becken; chronische käsige Tuberkulose der retroperitonealen Drüsen; Gummata der Leber (?); Ödem der unteren Extremitäten. — Die mikroskopische Untersuchung ergab: Starke Hyperplasie der Bindegewebsfibrillen der Haut; Zunahme der Papillenbreite; stellenweise Schwund der Papillen; Atrophie der Epidermis; das Fettgewebe stellenweise durch kollagene Hyperplasie ersetzt; die Kollagenbündel der tieferen Schichten lockerer und gröber als in den oberen; das elastische Gewebe in den tieferen Schichten verschoben und zerrissen, in den oberen

fehlend; Gefäfse in der Cutis sehr wenig, in der Subcutis komprimiert mit obliterierender Verdickung der Intima, Veränderungen der Media, zerrissener oder fehlender elastischer Hülle. — Als hochgradig degeneriert erweist sich die Schilddrüse. Auch der drüsige Teil der Hypophyse zeigt Veränderungen. — Auffallend war die bei der chemischen Untersuchung der Schilddrüse sich ergebende hochgradige Herabsetzung des Jodgehaltes auf ein Drittel des Normalen. — Nach diesem Befunde ist Verfasser geneigt die Sklerodermie mit degenerativen Veränderungen in der Schilddrüse in Verbindung zu bringen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Sklerodermie erfolgreich behandelt mit Extractum thyreoideae, von Leonard Webber. (*New York. med. Monatsschr.* 1897. No. 10.) Eine 33jährige Frau zeigte ausgedehnte Sklerodermie-Plaques rechterseits an Vorderarm, Oberarm, Schulter, Nacken, oberer Brusthälfte, Gesicht. Alle erkrankten Stellen waren bretthart. Die Krankheit hat sich in drei Jahren soweit entwickelt. Zunächst gab Verfasser wegen einer gleichzeitig vorhandenen Milzschwellung Chinin, sodann wegen rheumatischer Erscheinungen Salol. Arsenikgebrauch während fünf Monate besserte dann das etwas alterierte Allgemeinbefinden, nicht aber die Sklerodermie. Jetzt begann Verfasser mit Thyreoidtabletten von Borrough und Welcome. Die Patientin nahm ca. 500 Stück à 0,3, worauf dieselbe ganz geheilt schien. Ein kleines Recidiv mit derselben Therapie, worauf der Patientin geraten wurde, dauernd täglich eine Tablette zu nehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Septikämie mit Sklerodermia neonatorum, von Comba. (*Settim. med. d. Speriment.* 1897. No. 47 u. 48.) Diese beiden Fälle sind an die Seite eines dritten zu stellen, welchen Verfasser früher schon mitgeteilt hatte. In allen drei handelte es sich um eine Bronchopneumonie mit konsekutiver Septikämie: schwere Läsionen in den Nieren und in der Leber, akutes Ödem des subcutanen Bindegewebes; im Blute den Streptococcus pyogenes und den Bacillus coli in dem einen, der Staphylococcus pyogenes aureus im anderen Falle. Als Eintrittspforte dieser Mikroorganismen bezeichnet Verfasser die Luftwege, welche in den ersten Lebenstagen infolge der vermehrten Desquamation mechanischen Läsionen und infolgedessen einer konsekutiven Infektion besonders ausgesetzt sind. Zur Prophylaxis deshalb: Schonung und Hygiene der Mund- und Rachenschleimhaut! *C. Müller-Genf.*

Sklerema neonatorum, von A. E. Garrod. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1897.) Etwa 3—4 Tage nach der Geburt zeigte das jetzt sieben Monate alte Kind am Gesäfs purpurrote, sich hart und rauh anfühlende Hautstellen. In den folgenden Wochen kamen solche auch an den Oberschenkeln, am Rücken und Schultergelenken zum Vorschein. Die Verteilung war auf beiden Seiten eine auffallend symmetrische. Unter Einreibungen mit grauer Salbe und später mit innerlichen Gaben von Lebertbran trat vollständige Heilung ein. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Sklerodermie, von A. Philippson. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Verfasser teilt die Erfolge einer Behandlung von zwei Sklerodermiefällen mit, die anknüpft an einen von Buelau 1884 berichteten Fall, in dem nach langem Gebrauch von Natr. salicyl. eine auffallende und dauernde Besserung eingetreten war. Im ersten Falle handelt es sich um einen 22jährigen Menschen mit schwerer Sclérodermie généralisée diffuse symmetrique. Ein Jahr lang schritt das Leiden unter Abmagerung des Patienten vor. Dann begann die Medikation von Salol, 3—4 g pro die. Schon nach acht Tagen treten fleckenweise gesunde Zonen auf, denen neue schubweise folgen. Durch Vergröfserung und Konfluenz derselben schreitet

die Heilung vor; in sechs Monaten ist die gesamte Oberfläche mit gesunder Haut versehen; nur die Bauchhaut zeigt noch eine dunkle Färbung. Appetit, Körpergewicht, Allgemeinbefinden heben sich mit fortschreitender Besserung. Nur Muskel- und Sehnenverkürzung beeinträchtigen noch die Beweglichkeit; jedoch werden diese durch systematische, heilgymnastische Übungen beseitigt. — Im zweiten Falle handelt es sich um eine mittelschwere Sklerodermie bei einer 69jährigen Frau, die besonders über Jucken und Kurzatmigkeit klagt. Hier ging die Besserung langsamer von statten. Die subjektiven Beschwerden schwanden früher als die objektiven. — Verfasser zieht folgende Schlüsse: 1. Die Sklerodermie ist, soweit die Hauthärte in Frage kommt, durch Salicylsäure zu bessern und zu heilen. 2. Eine frühzeitige Darreichung dürfte die fehlerhaften Stellungen, wahrscheinlich auch die späteren Atrophien verhindern. 3. Die beste Methode, Salicyl zu geben, ist der Phenyläther: Das Salol, welches gleichzeitig das Jucken günstig beeinflufst und ohne Schaden für den Magen eventuell Jahre lang genommen werden kann. Die Tagesdosis beträgt 2—3 g. 4. Sind bei längerem Bestehen Sehnen- und Muskelverkürzungen oder Gelenkstarre eingetreten, so müssen dieselben durch wohldosierte gymnastische Übungen beseitigt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sekretionsanomalien.

Zur Behandlung der Hyperidrosis und Bromidrosis, von Paul Richter. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 23.) Nachdem Verfasser die grofse Reihe der gegen Hyperidrosis empfohlenen Mittel durchgesprochen, betont er, dafs in erster Reihe die Stiefel zum Angriffspunkt der Therapie gemacht werden müssen. Thiel empfiehlt Tränken der Sohle mit gesättigter Borsäurelösung, Obst mit Formalinlösung. Letzteres hält Verfasser für vorzüglich. Die täglich wechselnden Stiefel bleiben täglich mehrere Stunden mit der eingegossenen Formalinlösung stehen. Auch 3%ige Karbolsäurelösung ist verwendbar. — Tannoform ist gut. Noch besser Weinsteinsäure, welche in ganz geringer Menge in Strümpfe und zwischen die Zehen gestreut wird. Bei Erosionen legt man noch ein Läppchen mit Ung. boric. ein. — Die Schweifshände pinselt Verfasser mit 10%iger Chromsäure alle fünf Tage nach vorheriger Heilung etwa vorhandener Rhagaden durch Empl. sapon. salicyl. ext. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Pflege der Füfse mit besonderer Berücksichtigung der Schweifsfüfse, von Zuelch. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1897. No. 7.) Nach einer allgemeinen Betrachtung über die Schweifsbildung und besonders über den Fufsschweifs wendet der Verfasser sich der Frage der Fufspflege zu. Er verlangt für eine solche unbedingt, dafs den Schweifsdrüsen die Möglichkeit gelassen wird, ihre Thätigkeit voll und ganz zu entfalten, und dafs nur die nachteilgen Folgen der letzteren verhütet werden. — Dazu sind nötig: Morgens Waschung der noch warmen Füfse mit kaltem Wasser und Seife, Abreiben mit Spiritus; Tragen grob-wollener Strümpfe und niedriger Lederschuhe mit Wollgamaschen oder Tuchoberteilen im Winter, sogenannter Strandschuhe im Sommer. Zum Aufsaugen des Schweifses sind am besten Sohleneinlagen aus Fliefspapier; 1—3 müssen übereinandergelegt werden je nach der Menge des Schweifses. Die Fliefspapiersohlen haben auf beiden Seiten eine Gazeauflage, sind auf eine Rofshaarsohle aufgesteppt. — Die Beseitigung der Hühneraugen erfordert Aufhebung des Druckes durch Tragen passender Stiefel mit am Sitze der Hühneraugen ausgebuchtetem Leder. Aufserdem mufs das Hühnerauge alle paar Tage abgefeilt werden. — Die Nägel werden mit gebogener Schere geschnitten; sind sie eingewachsen, dann schiebt man einige in Öl getauchte Charpiefäden unter.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einen Fall von sogenannter Müllerkrätze (Siderosis cutis autorum von August Schaller. (*Prag. med. Wochenschr.* 1897. No. 49.) Beim Schärfen res Rauhmachen der Mühlsteine springen Eisensplitter von dem Meifsel ab, dringen die Haut und heilen dort ein; das entstandene Bild nennt der Volksmund sehr u passend „Müllerkrätze". Ein vom Verfasser obduzierter, an Morbus Brightii u Lebercirrhose zu Grunde gegangener Patient zeigte eine leicht prominierende, dunk braune, dichtstehende Fleckung der Hände, die so entstanden war. Besonders si die Dorsalseiten betroffen. Einzelne Flecken waren gröfser, einer mafs ½ qcm. D Flecken entsprachen eingelagerte Splitter, die bis in die Subcutis, ja durch Sehnenscheide hindurch bis an die Sehne gedrungen waren; die gröfsten lagern tiefsten. — Chemisch erwiesen sich die Einlagerungen als Eisen, mit Salzsäure u Ferrocyankalium trat Blaufärbung ein; auch das umgebende durch feinkörni Pigment gefärbte Gewebe gab diese Reaktion, was darauf schliefsen läfst, dafs v den Splittern ein Teil durch Blut und Lymphe zur Lösung gebracht worden ist. handelt sich um Eisenoxyd, nicht um Eisenalbuminat. Dasselbe umlagert besond die Gefäfse. Oft fand man Pigmentkörnchen in Leukocyten. Beschwerden mach die eingeheilten Stücke nicht, wie ein anderer mit diesem Leiden behafteter Pati aussagte. Nach diesem werden die Einlagerungen mit der Zeit kleiner, was Bildung von Eisenoxyd, Lösung und Verschleppung durch die Gewebe zurückgefü werden müfste. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Distoma hepaticum der Haut, von Malherbe. (*Progr. méd.* 1898. No. Verfasser konstatierte bei einem 23jährigen Mädchen in der linken Schultergeg eine schmerzhafte Anschwellung von roter Färbung, fester Konsistenz und ol scharfe Begrenzung. Einige Tage später war diese Anschwellung um etwa 15 weiter nach unten gerückt. Bei der Incision entleerte sich Blut und seröse Flüs keit, kein Eiter; in der Flüssigkeit wurde ein 4—5 mm langer Parasit konstati der sich nach genauerer Untersuchung als ein Distoma hepaticum erwies. — Es ist der dem Verfasser bekannte fünfte Fall von subcutaner Distomiasis beim Mens *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Sarcoptes vulpis beim Menschen, von Weyd (*Centralbl. f. Bakt.* 1897. No. 16, 17.) Ein Fellhändler hatte ein Marderfell in linken Manteltasche getragen und die Hand während des Weges in derselben geh Er bekam einen über den ganzen Körper ausgebreiteten, stark juckenden Aus der von der linken Hand ausging. Seine Frau, die das Marderfell am Stub mit der Leibwäsche der Familie getrocknet hat, sowie seine beiden kleinen erkrankten in gleicher Weise. Auch der Verkäufer des verdächtigen Felles soll juckenden Ausschlag gehabt haben. Das Aussehen des letzteren war ein von dem g lichen Scabiesbilde abweichendes. Es waren keine Gänge vorhanden, die Verteilu den Körper war eine gleichmäfsige; nur das Gesicht blieb frei. Man sah blafs flache, zerstreute Knötchen. — Nach langer Mühe fand man in einem d einige Eier. Das Fell enthielt dieselben und den entwickelten Parasiten in Menge. Der Parasit wurde als Sarcoptes vulpis erkannt. In der Litteratur fasser nur bei Braun (*Die tierischen Parasiten des Menschen*) eine Erwähnu Vorkommnisses gefunden. *Jessner-Königsberg i.*

Subcutanes Emphysem der Supraclaviculargegend und vorderen Brust einer etwas lange dauernden, unter starkem Pressen erfolgten, sonst norm bindung einer 22jährigen Primipara. Zehn Stunden nach dem Partus heftiger

oberhalb des linken sternalen Endes der Clavicula, der eine Stunde andauert. — Ruptur von Lungenbläschen und Effusion von Luft unter das viscerale Blatt der Pleura, von hier aus in das Mediastinum und durch das lockere, retrosternale Gewebe zum Hals. C. D. Musgrove. (*Lancet.* 31. Juli 1897.) *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von Myiasis dermatosa oestrosa, von O. Nagel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 39.) In Ostafrika beobachtete der Verfasser an sich selbst zwei schmerzhafte Anschwellungen an dem linken Oberarm und an der linken Halsseite, die zunahmen, sich röteten, prall gespannt wurden, tüchtig schmerzten. Nach sechs Wochen brachen beide Stellen an demselben Tage auf. Es wurde neben dem Eiter je eine gelblich-weifse Larve entleert, die dem Aussehen nach der von Wilms jüngst geschilderten Oestruslarve entsprach. Die Heilung erfolgte glatt in wenigen Tagen. Andere ähnliche Fälle hat Verfasser nicht gesehen, jedoch sollen solche nach den Aussagen der in Usagara ansässigen Missionare bei den Eingeborenen häufiger vorkommen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Myiasis dermatosa oestrosa, von M. Wilms. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Durch Dipterenlarven erzeugte Krankheiten bezeichnet man als Myiasis: man unterscheidet M. muscosa, durch Schmeifsfliegen bedingt, und oestrosa, durch Biesfliegen bedingt. Erstere Form ist in Europa, in bestimmten Ländern ziemlich häufig; die letztere ist selten beobachtet. Verfasser skizziert kurz die durch die beiden Formen geschaffenen Krankheitsbilder, die sehr differieren. Die Musciden, wie die Oestriden besonders in Wunden am Nasen- oder Ohreingang deponiert, entwickeln sich in einer Woche, die Oestriden in 1—6 Monaten. Erstere zeigen ein geselliges Zusammenleben, letztere dringen einzeln vor, und zwar die Musciden besonders in Höhlen und subcutanem krankhaften Gewebe, die Oestriden in subcutanem wenig verändertem Gewebe. Die Affektion bleibt hier eine lokale, dort wird sie oft zu einer allgemeinen, septischen. Die Larven der Musciden wandern, diejenigen der Oestriden bleiben an derselben Stelle, bilden die sogenannte Dasselbeule. — An das Resumé schliefst Verfasser die Mitteilung eines Falles von Myiasis oestrosa. Ein 18jähriger Mann bemerkt während seines Aufenthaltes in Brasilien eine gerötete Stelle an der Vorderfläche des Unterschenkels. Als er zwei Monate später in Leipzig zur Beobachtung kam, war die Stelle ulceriert; Patient hatte schon bemerkt, dafs sich unter derselben ein Wurm bewegte, der sich auch zeitweilig etwas hervorwagte, aber sich sofort wieder zurückzog, wenn Patient ihn fassen wollte. In der Tiefe des fünfzigpfennigstückgrofsen Geschwüres findet sich eine kleine Öffnung, durch die man mit der Sonde in eine seitliche halbkirschgrofse Höhlung gelangt. In der Öffnung sieht man deutlich ein sich bewegendes weifsliches Gebilde, welches nach Incision entfernt wurde. Es war eine Fliegenlarve, die der Dermatobia noxialis Goeldot entspricht, wahrscheinlich auch identisch ist mit Cuterebra cyaniventis.

Jessner-Königsbery i. Pr.

Mifsbildungen.

Naevus, von Delbanco-Hamburg. (*Real-Encyklop d. ges. Heilk.* von Eulenburg.) Verfasser giebt in diesem Artikel eine zusammenfassende Schilderung der verschiedenen Naevusarten. Alle universellen angeborenen Hautanomalien (Haarmensch, Albino, universelle Hyperkeratose) müssen von dem Begriff Naevus ausgeschlossen werden, wenn auch gewisse ausgedehnte Pigment- und Haaranomalien ihrem anatomischen Charakter nach als Riesennaevi anzusehen sind. Ebenfalls auszuschliefsen sind völlig haut-

farbene Neubildungen und solche kolossaler Dimensionen vom Begriff des Muttermals. Nach Abzug dieser Gruppen ist die Klassifikation der Naevi noch sehr problematisch, besonders die Naevi lineares betreffend. Eine Definition für die Naevi bezeichnet sie als „hereditär veranlagte oder embryonal angelegte, zu verschiedenen Zeiten des Lebens sichtbar werdende und äußerst langsam sich entwickelnde, durch Farbe und Form der Oberfläche auffallende, umschriebene, kleinere Mißbildungen der Haut“ (Unna). Anatomisch leicht abzugrenzen sind noch die Feuermäler (Angiome), doch muß man diese jetzt noch mit einschließen.

Die Naevi lassen sich folgendermaßen einteilen: I. Wucherungsgeschwülste: a) weiche Naevi, b) harte Naevi, c) gemischte Naevi (ohne Rücksicht auf eventuelle Pigmentierung), d) Haarnaevi, e) Riesennaevi. II. Stauungsgeschwülste: a) angiomatöse Naevi, b) Pigmentnaevi, c) seborrhoische Naevi (seborrhoische Warzen). Die strichförmigen Naevi müssen mit in Gruppe I rubriziert werden.

Weiche Naevi: beetartig flach, knopfförmig erhaben, beerenartig zerklüftet oder molluscoid. Die Struktur der Naevuszellen giebt keinen Aufschluß, aus welchem Keimblatt sie entstammen, aber die Entwickelungsgeschichte der weichen Naevi lehrt, daß es reine Epitheliome sind. Bei der Entwickelung derselben kommen in Betracht die Epithelwucherung, die Metaplasie des Epithels und die Abschnürung desselben wie seine Verlagerung in das Cutisbindegewebe. Durch den verschiedenen Grad ihrer Entwickelung entstehen aus ihrer Kombination die verschiedenen Kindernaevi. In der Fortentwickelung bei Erwachsenen kommen ferner in Betracht die Menge des sich abschnürenden Epithels, die Stärke des elastischen Auftriebes und Intensität der sekundären Zerklüftung durch das restierende Deckepithel.

Harte Naevi: Zerfallen in akanthoide und keratoide, je nachdem es sich um Verdickung der Stachel- oder Hornschicht handelt. Keinesfalls entwickeln sich letztere aus ersteren.

Haarnaevi sind meistenteils nur stärker behaarte weiche und pigmentierte Naevi, selten cirkumskripte Hypertrophien der Haaranlagen.

Riesennaevi grenzen einerseits an elephantiastische Bildungen, andererseits gehen sie, gewöhnlich mit ihnen kombiniert, in die gewöhnlichen pigmentierten, haarigen Mäler über. — Für die Histopathologie des weichen Naevus waren die Arbeiten Demiéville's, v. Recklinghausens und Unnas maßgebend. (Endothelialer Ausgang im Anschluß an die Blutgefäße bezw. lymphangiofibromatöser bezw. Epithelcharakter des Naevus.)

Naevi lineares: Die Bezeichnungen für diese Gruppe sind so zahlreich wie die Erklärungstheorien. Der klinische Anblick, abgesehen von den topographischen Verhältnissen bietet das Aussehen von harten Naevis. Beginn oft akut. Entzündliche Perioden. Ekzematöse Veränderungen auf dem Naevus. Nervöse Allgemeinstörungen, epileptiforme Anfälle u. a. Das Gemeinsame haben alle Naevi lineares, daß sie bestimmten Liniensystemen der Haut folgen und die verschiedensten Gebilde, wie Epidermis und Cutis befallen können. Bärensprung plädierte für einen Zusammenhang mit dem den betreffenden Hautabschnitt versorgenden Nerven und verlegte den Sitz der Erkrankung in die Spinalganglien, Simon u. a. sprachen von der Erkrankung eines trophischen Nervencentrums, Philippson machte darauf aufmerksam, daß die Affektion sich an die Voigtschen Linien halte, Hallopeau erklärte die systematisierten Naevi für Störungen im Gebiet der Nervenanastomosen. — Die histologisch hervorstechenden Momente der strichförmigen Muttermäler sind Hyperkeratose und Akanthose mit verschiedenartiger Gestaltung des Papillarkörpers. *Hopf-Dresden.*

Über Naevus linearis, von E. Galewsky und A. Schlossmann. (*Archiv f. klin. Med.* 58. Bd., 1. Heft.) In der vorliegenden Arbeit werden zunächst 45 sichere Fälle von Naevus linearis — ein Leiden, das 18 Synonyma hat — aus der Litteratur zusammengestellt. Daran schliefst sich die Schilderung eines von den Verfassern beobachteten Falles. Das heftige Jucken machte solche Beschwerden, dafs Verfasser sich zur Exstirpation des ganzen vom Becken zum Unterschenkel herabsteigenden Naevus entschlofs, die zum Teil durch Excision, zum Teil durch Thermokaustik bewirkt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Verstärkung der Hornschicht, eine Hypertrophie des Rete, eine kleinzellige Infiltration der oberen Cutisschichten und eine Vermehrung der Schweifsdrüsen. An der Hand dieses Falles und der citierten Litteratur unterziehen die Verfasser die Pathologie des Naevus linearis einer eingehenden Erörterung: Der Naevus linearis ist ein seltenes, angeborenes Leiden; direkte Erblichkeit läfst sich nicht nachweisen. Für einen Zusammenhang mit den betreffenden Nerven führt Bärensprung 1863 folgende Gründe an: Halbseitigkeit; Verlauf entsprechend dem Verbreitungsgebiete der Nerven; Hypertrophie der Hautpapillen, des Ortes, in dem die Nerven enden, bei Freibleiben der Drüsen. Wahrscheinlich sind nach Bärensprung die Spinalganglien erkrankt. Verfasser acceptieren die Beweisführung Bärensprungs nicht, denn sechs Fälle zeigten eine beiderseitige Affektion, ein Herübergreifen über die Medianlinie kommt oft vor, Naevusausbreitung und Nervenverlauf entsprechen absolut nicht immer einander, neben den Papillen sind die Drüsen recht beträchtlich beteiligt. Es ist auch schwer sich papillomatöse Wucherungen auf Grund centraler Nervenveränderungen vorzu stellen. Es müfsten dieselben dann auch eine flächenhafte, nicht eine lineare Ausbreitung zeigen. — Die Heranziehung der Voigtschen Grenzlinien (Philippson) zur Erklärung des linearen Charakters ist nicht berechtigt, da diese Theorie bei sehr vielen Fällen nicht stimmt. Dagegen kann man die Ansicht von Blaschko annehmen, dafs es sich beim Naevus linearis um eine Differenzierungsanomalie handelt an den Stellen, wo zwei gegeneinander wachsende Hautbezirke zusammenstofsen. Es ist also der Naevus linearis entwickelungsgeschichtlich, ontogenetisch zu begründen. Damit läfst sich auch die Theorie von Jadassohn in Einklang bringen, dafs eine Übereinstimmung mit den Haarströmen und Voigtschen Haarlinien vorhanden ist, insofern diese auch eine Bedeutung für die Entwickelung der Epidermisleisten haben. — Anatomisch stellt der Naevus linearis keine Einheit dar, deshalb die ganz differenten Schilderungen der histologischen Befunde, die alle kurz wiedergegeben werden. — Der Naevus linearis ist gewöhnlich schon beim Neugeborenen vorhanden und wächst entsprechend dem Körperwachstum, selten auch unabhängig von diesem. Jucken kommt vor; sekundär sieht man ausgedehnte Ekzeme, oder auch, wo Reibung und Reizung stattfindet neben excessivem Wachstum der warzigen Gebilde, Nässen, selbst Jauchen. Nervenstörungen können vorkommen, aber nicht durch die gleichen Grundprozesse bedingt, sondern als reflektorische Zustände oder parallel gehende Leiden. — Zweimal ist Spontanheilung beobachtet. Unna hat Rückbildung durch Jodnelkenöl in einem Falle erreicht; Lassar will dasselbe durch Arsenik erzielt haben. Eine rationelle Therapie ist auf ferro ignique basiert. Symptomatisch ist der Ekzembildung vorzubeugen, resp. ein entstandenes Ekzem in üblicher Weise zu beseitigen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von strichförmigem Naevus, von Prince A. Morrow-New York. (*New York med. Journ.* 1. Januar 1898.) Die zwei Fälle, die Verfasser anführt, betreffen eine Erkrankung der Haut, die unter den mannigfaltigsten Namen beschrieben worden ist, wie Naevus papillaris nervosus (Neumann), Ichthyosis linearis neuropathica (Koven), Naevus unius lateris (Bärensprung), Naevus nervosus verrucosus (Simon),

Ichthyosis hystrix congenita u. a. Die gemeinsamen Symptome aller dieser Krankheitsformen sind folgende: 1. Die lineare Ausbreitung oft im Verlauf von Nerven und ihrer Verzweigungen; 2. die Unilateralität; 3. der papillomatöse beziehentlich verruköse Charakter; 4. der kongenitale Ursprung der Krankheit; 5. Sensibilitätsstörungen; 6. Wachstum, Rückbildung oder Unverändertbleiben — fast nie Malignität. — Von der Ichthyosis ist der strichförmige Naevus wohl differenziert. Erstere ist stets symmetrisch und eine fixe Bildung ohne Veränderungsfähigkeit ganz abgesehen von der anatomischen Struktur. — Die Bezeichnung Papillom kommt nur sekundären Prozessen zu; zwar haftet dem Namen Naevus der Begriff des Angeborenseins untrennbar an, aber es giebt nach bedeutenden Autoren (Besnier, Unna) auch Fälle, bei denen nur die Anlage kongenital besteht, während sich die Affektion erst später, bis zur Zeit der Pubertät entwickelt. In diesem Sinne können wir bei dieser Erkrankung von Naevus reden. Das allen ihren Beschreibungen charakteristische ist die topographische Ausbreitung. Sie entspricht nach drei verschiedenen Theorien dem Verlauf der Nerven, der Lymphgefäfse oder der Voigtschen Linien, die das Teilungsgebiet verschiedener Nervenkomplexe bilden. — Am meisten unterstützt wird die neuropathische Explikationstheorie des Naevus linearis. (Erkrankung längs einzelner Nerven, Auftreten von papillären Hypertrophien im Gebiet gewisser Nerven nach ihrer Verletzung, Vorkommen bei neuropathischen Personen, die Analogie mit dem Herpes zoster.)

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Dermatosis linearis neuropathica, von Leven. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 41.) An der Hinterseite der linken Unterextremität verläuft bei einem 16 Monate alten Kinde ein Streifen von 3—6—10 mm Breite vom Trochanter major bis zur Achillessehne, in seinem letzten Abschnitte nur noch angedeutet. Derselbe ist dunkelrot, stellenweise auch abgeblafst, erhaben; schuppigborkig, hier und da finden sich in unmittelbarer Nähe des Streifens kleine rotbraune Knötchen. Die Affektion soll entstanden sein vier Wochen nach der Geburt, sie verursacht heftiges Jucken, welches die Nachtruhe stört. — Die erkrankte Haut zeigt Veränderungen, welche weder für Ichthyosis, noch für Naevus, noch für Ekzem typisch sind; Verfasser bezeichnet sie daher einfach als Dermatose. — Verfasser hält eine Affektion der Hautnervenstämme als wahrscheinlich vorliegend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein seltener Fall von Pigmentnaevus, von Sprecher-Turin. (*Internat. phot. Monatsschr. f. Med.* 1897. No. 8.) Es handelt sich um ein vierjähriges Kind mit einem ausgedehnten, den ganzen Rücken (von den Nates bis zum Nacken) einnehmenden und über einen Teil der rechten Thoraxhälfte und der Oberarme reichenden, braun pigmentierten, behaarten Naevus. Aufserdem bestehen noch 356 kleinere, über den ganzen Körper disseminierte Naevi von genau demselben Aussehen. Im übrigen ist das Kind wohl konstituiert. Die Mutter führt die Affektion auf einen gewaltigen Schreck während der Schwangerschaft zurück. *C. Müller-Genf.*

Ein als **Naevus teleangiectodes** angesprochenes Gebilde im Nacken eines kleinen Kindes entpuppt sich bei der Operation als Angiolipom. Diese Diagnose wird durch die histologische Untersuchung gesichert, welche auch teilweise myxomatöse Entartung des Bindegewebes ergiebt. Die völlige Ausrottung der Geschwulst gelingt erst durch eine zweite Operation, da die erste wegen Gefahr der Verblutung nicht zu Ende geführt wird. (Hutelmis. *New York med. Journ.* 7. Sept. 1897.)

H. Einhorn-München.

Über einen eigentümlichen Fall von Naevus verrucosus pigmentatus universalis, von M. de Amicis. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1897. No. 22.) Die Eruption

in Gestalt von Papeln, Warzen und papillären Exkrescenzen, war besonders dicht auf der vorderen und hinteren Rumpffläche, auf dem Halse, weniger auf dem Gesichte und den Gliedmaßen verbreitet. Die Papeln saßen hauptsächlich auf der Stirn, über den Schulterblättern und in der Gegend der Deltoidei, waren von dunkelgelber Farbe, sehr klein und überragten das umgebende Hautniveau nur wenig. Die Warzen waren viel stärker entwickelt, erhoben sich bis zu 2 cm über den Boden und waren von schwärzlicher Farbe. Sämtliche Efflorescenzen standen sehr dicht, zeigten aber in ihrer Anordnung eine gewisse Symmetrie und eine gruppenförmige Verteilung in Zügen und Streifen, welche ovale, rauten- und trapezoidförmige Bezirke gesunder Haut zwischen sich frei ließen. Die Konsistenz der Efflorescenzen war hornartig. — Der Verlauf der einzelnen Gruppen und Streifen war stellenweise (Hals, Rumpf, Ellenbogen) sehr regelmäßig und entsprach den normalen Hautfurchen, nirgends aber annähernd den Nervenbahnen, auch nicht genau den Voigtschen Linien. Verfasser hält deshalb die von Unna vorgeschlagene Bezeichnung „Naevus linearis verrucosus", im Gegensatze zu der von anderen empfohlenen „Naevus neuroticus" oder „nervosus", „Papilloma neuroticum" für die passendste. — Die braune Pigmentation der Exkrescenzen ist nicht ausschließlich auf eine vermehrte Ablagerung von Pigment in der chromogenen Schicht des Rete Malpighi zurückzuführen, sondern rührt zum Teil her von einer Anhäufung fremdartiger Substanzen, die sich gleichzeitig mit dem Sekrete der Talgdrüsen ablagern. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Muttermäler, von E. M. Alger. (*Med. News.* 22. Aug. 1896.) Nach einer kurzen Besprechung der Anatomie der verschiedenen Naevi (N. araneus, flammeus, angiomatosus und pigmentosus, mit dessen drei Unterarten N. spilus, pilosus, lipomatodes) berichtet A. über seine therapeutischen Erfolge. Beim N. araneus genügt oft das Einstechen einer mit Karbolsäure befeuchteten Nadel in das centrale Blutgefäß. Eventuell macht man dieselbe rotglühend. Natriumethylat ist auch öfters empfohlen worden. Am besten wirkt aber die Elektrolyse. Der negative Pol wird in die Neubildung eingestochen und ein Strom von 1—3 MA einige Zeit hindurchgeleitet. Bei größeren angiomatösen Naevis führt man zweckmäßig den +Pol (aus Cu, Ag oder Zn angefertigt) ein und läßt einen etwas stärkeren Strom, 3—5 MA, einwirken. Bleibt die Nadel stecken, so wendet man den Strom einen Augenblick um. *Philippi-Remscheid.*

Kongenitale Hypertrichosis der Lendengegend bei zwei Schwestern, von L. A. Parry. (*Lancet.* 20. Juni 1896.) Das eine zehnjährige Mädchen zeigt auf einem eben oberhalb der Darmbeinschaufeln gelegenen, mit der Spitze nach unten gekehrten Dreieck eine dichte Ansammlung von fünf Zoll langen, seidenweichen, goldenen Haaren, welche ähnlich wie die Kopfhaare, jedoch etwas heller gefärbt als letztere sind. Die Abnormität besteht seit der Geburt. Bei der jüngeren Schwester ist der Zustand ganz ähnlich, aber noch nicht so stark entwickelt.

Philippi-Remscheid.

Die galvanokaustische Glühnadel, ein Mittel zur Beseitigung lästiger Haare, von F. Blorbaum. (*Dtsche. Medizinalztg.* 1897. Nr. 60.) Mit der Elektrolyse als Epilierungsmittel nicht zufrieden, hat sich Verfasser der galvanokaustischen Glühnadel zugewendet, die er in folgender Weise hergestellt hat. An einem mehrere Millimeter dicken, graden oder am obern Ende winklig abgebogenen, 4—5 cm langen Kupferdraht wird unten eine feinspitzig auslaufende Platinanadel von 1—2 cm Länge angeschmolzen. Das obere kupferne Ende wird in das Loch eines passenden Handgriffs eingeschraubt. In eine zweite Öffnung desselben kommt eine zweite, stumpfe Platinnadel mit einem langen, gewundenen, dünneren Kupferdraht und hölzerner Öse in der

Nähe der Platinnadel. Letztere ist die Hülfsnadel, erstere die Operationsnadel. Bei geschlossenem Strom bringt man die stumpfe Nadel mehrere Millimeter über der Spitze in Kontakt mit der spitzen, deren Spitze dann erglüht, und zwar um so stärker, je näher der Kontakt sich dem spitzen Ende befindet. Die Operationsnadel wird kalt eingeführt, erglüht sofort nach Druck auf die andere Nadel und zerstört in noch nicht einer Sekunde die Haarwurzel. Die Narbe ist kaum sichtbar. Berührung der Haut mit der Hülfsnadel, gleichzeitige Operation benachbarter Haare muſs vermieden werden. — Verfasser sieht dieses Verfahren der Elektrolyse vor, da es schneller geht, vielleicht auch weniger schmerzhaft ist. — Die Glühnadel ist verwertbar zur Entfernung von Cilien bei Trichiasis und Distichiasis, zur Kauterisierung der Cornea. Die Nachbehandlung bei Entfernung von Gesichtshaaren besteht in Aufstreuen von Dermatol, kühlen Umschlägen; die kleinen Brandschorfe müssen von selbst abfallen. — Die punktförmigen, flachen Närbchen sind anfangs rötlich, werden mit der Zeit blasser. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen ursprünglich als Verletzung angesehenen kongenitalen Cutisdefekt am Scheitel eines neugeborenen Kindes, von Paul Dittrich. (*Vierteljahrsschrift f. ger. Med. etc.* 3. Folge. IX. 2.) Ein neugeborenes, ohne Beisein von Hebamme oder Arzt geborenes Kind zeigte einen Hautdefekt am Scheitel, der als Verletzung angesehen wurde. Die Obduktion des Tags darauf gestorbenen Kindes ergab, daſs es sich um einen kongenitalen Defekt der Cutis handelte. Die 20 : 17 mm messende Stelle war schwärzlich, trocken, haarlos, eingesunken. Die blaſsrote, umgebende Haut geht allmählich in die schwärzliche Partie über. Die Haare der nächsten Umgebung waren kurze, lichtblonde Flaumhaare, während der übrige Schädel dichtes, blondes Kopfhaar trug. Stirn- und Scheitelbeine waren schlecht entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine starke, nach der Mitte zu immer zunehmende Verdünnung des Stratum Malpighii und Mangel von Fettgewebe, Drüsen und Papillen. (Nach dem Befunde kann man eigentlich nicht von einem Cutisdefekt sprechen, denn es waren doch Bindegewebe wie Epithel vorhanden, wenn auch in abortiver Gestalt. Es muſste heiſsen „umschriebene kongenitale, mangelhafte Entwickelung“ oder „umschriebene kongenitale Atrophie der Haut“. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Makrodaktylie der groſsen und zweiten Zehe des rechten Fuſses, von Boros. (*Orvosi Hetilap.* 1896. No. 7.) Der 26jährige Patient giebt an, daſs seine rechte untere Extremität und hauptsächlich obengenannte Zehen bereits von Geburt an gröſsere Dimensionen hatten und deren Gröſsenzunahme im Verhältnis zu seiner Entwickelung auch Schritt hielt. Nachdem Patient sowohl beim Gehen, als auch hauptsächlich bei forcierten Bewegungen infolge dieser Difformität Unannehmlichkeiten hatte, lieſs er sich auf die chirurgische Abteilung von Prof. Rexner aufnehmen. Bei der Untersuchung fiel es auf, daſs die rechte untere Extremität bedeutender entwickelt ist als die linke, und dies hauptsächlich vom Knie begonnen. Die Länge der rechten unteren Extremität beträgt 97 cm, die der linken 92 cm, die des rechten Fuſses 33 cm, die des linken 31,5 cm, die rechte groſse Zehe 12 cm, Cirkumferenz 18 cm, die linke groſse Zehe 9 cm, Cirkumferenz 7 cm, die rechte zweite Zehe 11 cm, Cirkumferenz 11,5 cm, die linke zweite Zehe 6 cm, Cirkumferenz 4,5 cm. Therapeutisch wurde mit der Enukleation der vergröſserten Zehen vorgegangen. Verfasser sieht von den in der Litteratur zusammengestellten und von seinem Falle folgende Schlüsse: 1. In allen Fällen handelt es sich um eine angeborene Hypertrophie, [ohne daſs eine familiäre Disposition vorhanden wäre, die Eltern und Geschwister sind stets normal entwickelt. 2. Von den 25 Fällen war bei sieben die rechte Extremität hypertrophiert; von den Zehen war es zumeist die dritte, welche

an Wachstum die übrigen überragte, am seltensten hypertrophierte die fünfte Zehe 3. Die Hypertrophie betrifft alle Gebilde der unteren Extremität, aber nicht in gleichmäfsigem Verhältnisse, wie dies Wittelshöfer angiebt, sondern hauptsächlich hypertrophieren die Epiphysenenden der Knochen; dies wird sowohl durch das Mafs, als auch durch die mikroskopischen Präparate bestätigt. 4. Die motorische Kraft der hypertrophierten Extremität ist gesteigert. 5. Die Temperatur der hypertrophierten Extremität ist eine erhöhte, es wurden selbst bis zu 1° C. Differenzen gefunden. 6. Die Schweifsabsonderung der hypertrophierten Extremität ist eine gesteigerte.

Alpár (Aschner)-Budapest.

Eine seltene Prädilektionsstelle von Atheromen, von Trnka. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 6.) Verfasser sah in sechs Fällen an der Beugeseite der zweiten Phalanx des Mittel- oder Goldfingers der Hände knorpelharte, kuglige, haselnufsgrofse, unbewegliche subcutane Tumoren, die sich als Atherome erwiesen, die sich bei der operativen Entfernung glatt von den Sehnenscheiden ablösen liefsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermoidcyste der Zunge, von Otto G. T. Kiliani. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 11.) Bei einem Patienten fand sich der ganze rechtsseitige Mundboden eingenommen von einem orangegrofsen Tumor, der undeutliche Fluktuation zeigt. Eine Probepunktion ergiebt bernsteingelbe Flüssigkeit. Da eine Ranula angenommen wird, wird von innen und aufsen incidiert und durch Gaze nach aufsen drainiert. Da die Geschwulst dadurch nur wenig kleiner wurde, löffelte man nach Erweiterung der äufseren Wunde dieselbe tüchtig aus, wobei ein schmieriger Brei und Wollhaare entfernt werden. Allmählich stofsen sich die Cystenwände in Fetzen ab. Nach Ätzung der grofsen Höhle mit Trichloressigsäure tritt schnell Heilung ein. Die Dermoidcysten des Mundes sind ziemlich selten; sie werden in submentale und sublinguale eingeteilt. Sie wachsen langsam, bilden ein mechanisches Hindernis beim Sprechen und Schlucken. Die Mundschleimhaut neben der Cyste ist normal und frei beweglich. Die Cystenwand besteht aus Plattenepithel, polygonalen Zellen (Malpighii) und Bindegewebe, gemischt mit elastischen Fasern. Papillen fehlen. Die beste Therapie ist die Totalexstirpation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

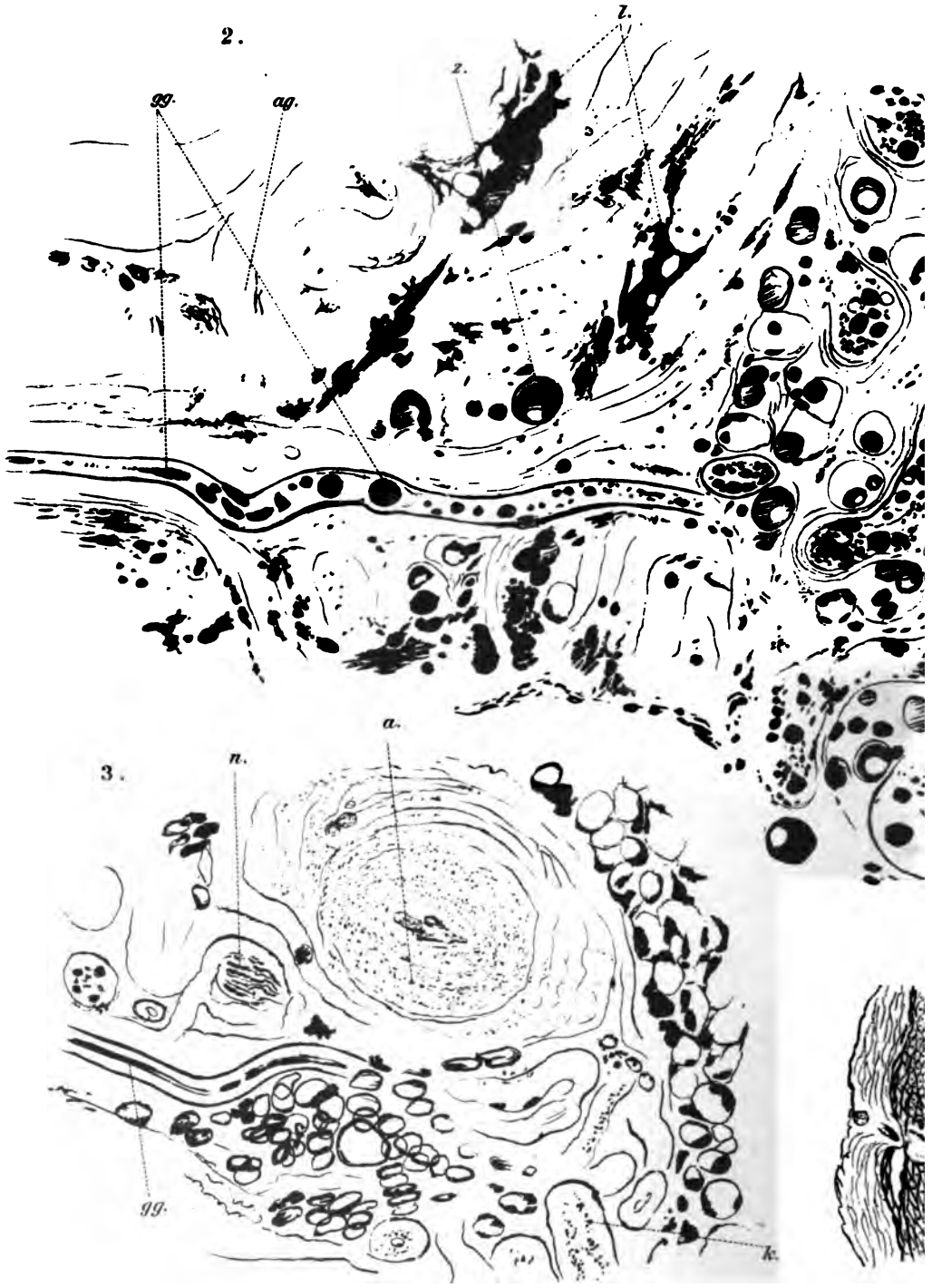
Das New Yorker Spital für Haut- und Krebskranke. Endlich hat das New Yorker Spital für Haut- und Krebskranke ein eigenes Gebäude erhalten, und die Gegend besitzt nun eine tadellose Anstalt. Fünfzehn Jahre hindurch war dasselbe in einem gewöhnlichen Wohnhause untergebracht (243 East 34. Str.). Am Sonnabend, den 5. März, wurde nun das neue Gebäude (2. Av., an der Ecke der 19. Str.) in Gegenwart zahlreicher Vertreter der Regierung, welche den umfangreichen Wartesaal der Poliklinik vollständig ausfüllten, feierlich eröffnet. — Nach einigen einleitenden Worten des Präsidenten, H. J. Cleveland Cady, sprach Dr. Jacobi, Präsident des Gesundheitsamtes, über den Wert und die Notwendigkeit von Spezialspitälern und die Bestimmung dieser in ihrer Art einzigen Anstalt der Vereinigten Staaten. — Hierauf gab Dr. D. Bulkley eine kurze Übersicht über die Entstehung, die Geschichte und die Thätigkeit des Spitals während der fünfzehn Jahre seines Bestehens. Er machte auf die Thatsache aufmerksam, dafs die alte Stadt New York im Verlaufe der

letzten zehn Jahre jährlich um 50,000 Einwohner zugenommen hat, während die Verbesserungen der Spitalverhältnisse mit dieser Bevölkerungszunahme nicht gleichen Schritt gehalten haben; er betonte auch, dafs die meisten der verschiedenen Zweige der Medizin ihre eigenen Krankenhäuser haben, dagegen aber, aufser dem „New York Skin and Cancer Hospital", bisher keine andere derartige Anstalt in der ganzen Gegend bestanden habe, während in Paris, Wien, Berlin und allen anderen europäischen Städten für die Behandlung der Hautkranken reichlich gesorgt ist, so dafs z. B. Grofsbritannien allein zwölf Spitäler für diesen Zweck besitzt. — Das Spital hat unter sehr bescheidenen Verhältnissen, ohne Fond oder Vergabungen seine Thätigkeit eröffnet; in den letzten fünfzehn Jahren sind ihm $ 375,000 zugeflossen und zwar $ 75,000 aus Kostgeldern und dem Verkauf von Medikamenten an poliklinische Patienten. Von den übrigen $ 300,000 wurden $ 25,000 zur Errichtung von fünf Freibetten und $ 150,000 zum Bau des neuen Gebäudes verwendet, welches vollständig schuldenfrei ist. Da es aber kein permanentes oder bestimmtes Einkommen besitzt, empfiehlt Redner warm das Spenden von freiwilligen Gaben und moralische Unterstützung. — Es wurden im ganzen 25,077 Patienten behandelt, worunter 22,159 poliklinische. Für die letzteren sind 115,154 Konsultationen und 132,263 Rezepte eingeschrieben worden. Die 2872 klinischen Patienten haben im ganzen 165,077 Tage im Spital zugebracht. — Redner betont die Wichtigkeit des Spitals als medizinisches Erziehungscentrum, indem 30 junge Leute darin als Assistenten gewirkt haben, denen Gelegenheit geboten wurde, ihre Spezialkenntnisse zu erweitern. Es wird ferner beabsichtigt, klinische Vorträge abzuhalten, wozu Ärzte freien Zutritt haben würden und welche durch eine Sammlung von Pariser Modellen und kolorierte Tafeln illustriert werden sollen. — Das neue Gebäude ist ein moderner, feuersicherer, vierstöckiger Bau, mit ca. 60 Betten für Patienten; von diesen kommen sieben auf Privatzimmer. Im obersten Stockwerke befindet sich ein modern ausgerüsteter, wohl eingerichteter Operationssaal, ein Aufsichtssaal für die Zimmer und die meisten Privatzimmer. In den beiden nächsten Stockwerken befinden sich vier Zimmer für männliche und weibliche Haut- und Krebskranke; das Erdgeschofs ist für die Poliklinik eingerichtet und umfafst ein Untersuchungszimmer, das pathologische Laboratorium, die Apotheke, den Wartesaal etc. Im Kellerraum ist eine vollständige Badeeinrichtung mit türkischen und russischen Bädern, Tauchbassins; daneben befinden sich Küche, Wäscherei, Efszimmer etc. Beleuchtungs-, Heizungs- und Ventilationsanlagen sind nach den erprobtesten Systemen eingerichtet. *C. Müller-Genf.*

Wir erhalten von der Lanolin-Fabrik Benno Jaffé & Darmstaedter folgende Zuschrift (2. 6. 98):

Zu der in No. 11 Ihres geschätzten Blattes enthaltenen Mitteilung, dafs die Wortzeichen **Lanolin** und **Lanolinum** seitens des Patentamts gelöscht worden seien, teilen wir Ihnen berichtigend mit, dafs allerdings die Anmeldeabteilung des Patentamts die Löschung beschlossen hat, dafs aber die Ausführung dieses Beschlusses durch die Beschwerde suspendiert wird, sodafs wir jedenfalls bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Beschwerdeabteilung im alleinigen Besitz der Marken bleiben.

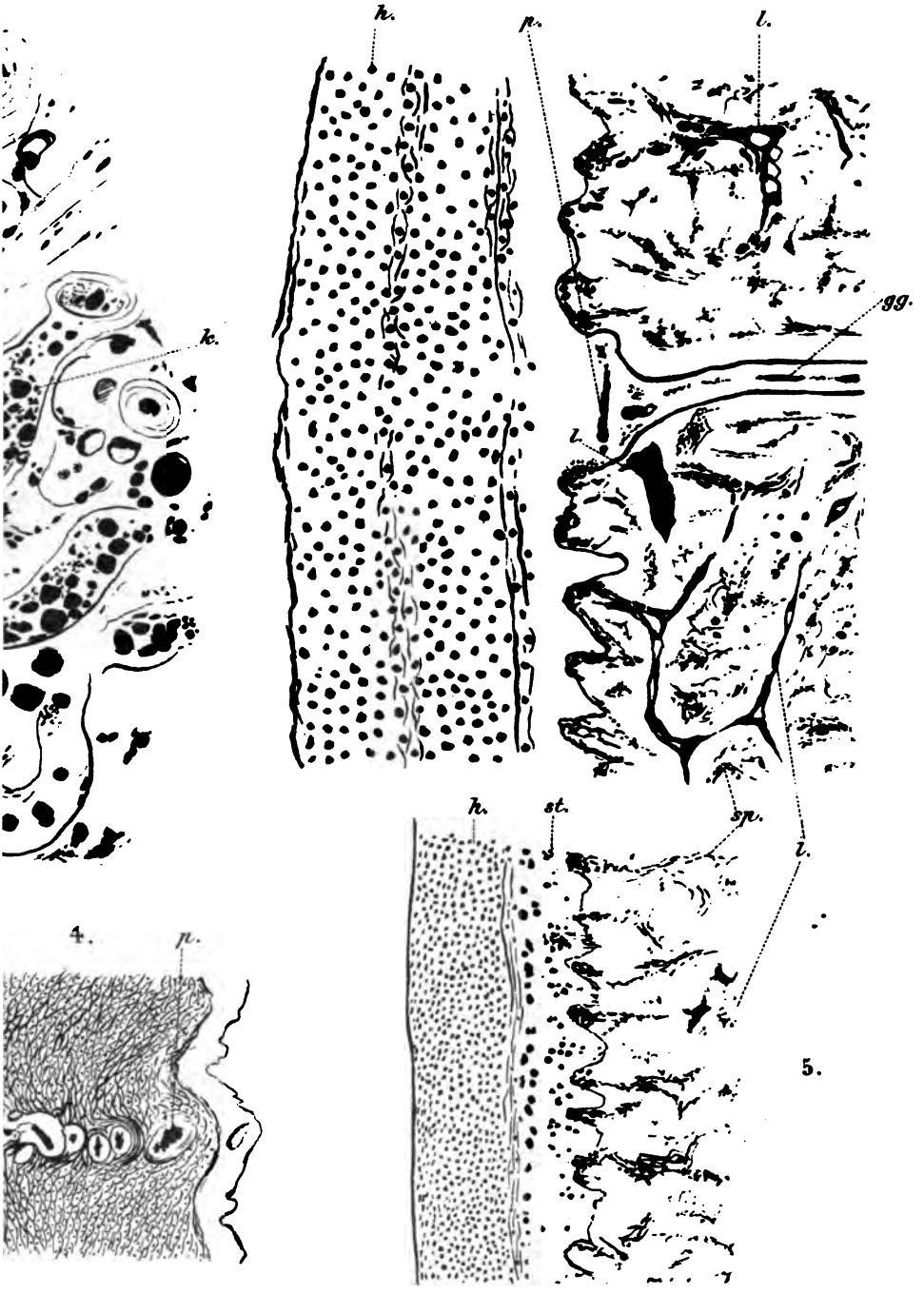
Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Gummelt. del

Verlag von Leopold Voss in Hamb

1.



Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Sachverzeichnis.

Abscefs und Cyste in der Palma manus (Morris) 376.
Abscesse, Multiple subcutane kalte (Gaston und Emery) 401.
Abtragung als Behandlungsmethode des weichen Geschwürs, Flache (Unna) 295.
Acanthoma der behaarten Kopfhaut, Kongenitales (Ballantyne) 146.
Acanthosis nigricans (Boeck) 637; (Collan) 637.
Acidum picronitricum 110.
Acne 187. 266.
— necrotica und Lupus erythematosus, Lokale Asphyxie mit (Mackenzie) 504.
— rosacea 187.
—, ihre Ätiologie und Behandlung (Bergh) 594.
— Behandlung (Carrier) 263.
Addisonsche Krankheit 263.
— — (Bramwell) 640; (Bradshaw) 640; (Waldo) 641.
— — Autointoxikationen bei derselben (Mosse) 641.
— — mit bilateraler Atrophie der Nebennieren (Nixon und M'Weeney) 640.
— —, Ein Fall von Lungensarkom mit Symptomen der (Packard und Steele) 641.
— —, Zwei Fälle von (Botkin) 640.
Airol, Wismutintoxikation durch (Aemmer) 218.
Akrodermatitiden, Kontinuierliche, eitrige (Hallopeau) 101. 312; (Hallopeau und Laffitte) 497.
Akrodermatitis, Versuch, die verschiedenen Formen derselben zu klassifizieren (Audry) 260
— continua (Hallopeau) 566.
Akromegalie (Hansemann) 639.
— behandelt mit Thyreoidextrakt 639.
Akro-teleangiectasia 558.
Aktinomycesähnliche Form des Tuberkelbacillus (Babes und Levaditi) 56.
Aktinomykosis (Carless) 316; (Glawsche) 628.
Alapurin, Über (Aufrecht) 219.
Albumen in eiterhaltigen Urinen, Gewichtsbestimmung des (Dumesnil) 456.
Albuminurie, Behandlung einiger Formen derselben mit der Reni-Punktur (Harrison) 160.
— im Gefolge der Chloroformnarkose (Peretti) 160.
Alibertsche Krankheit 263.
Alkalescenz des Blutes bei einigen Hautkrankheiten, Veränderung der (Tschlenow) 310.
Alopecia 30. 32; Eigentümliche (Fox) 505; Traumatische (Stowers) 312.
— areata 30. 31. 32. 33.
— — (Martin) 271.
— — Bakteriologie der (Thin) 646.
— — Schul- und Hausepidemie von (Blaschko) 550.
— — und Seborrhoe, Sabourauds Arbeiten über (Beck) 30.
— universalis (Klotz) 411.
Amyloform 111.
Amylum jodatum insolubile 111.
Anämie bei Lues und Hautkrankheiten; Behandlung mit Knochenmark (Martin) 459.
Aneurysma popliteum dissecans, Partielle Gangrän nach Exstirpation eines (Beck) 645.
Angiokeratoma (Anderson) 557.
— und Frostbeulen (Fox) 316.
Angiolipome und Angiome des linken Arms und des Thorax, Subcutane und intramuskuläre, einfache und cavernöse (Reboul) 638.

Angiom an der Oberlippe, Grofses (Morris) 376.
Angiome (Blaschko) 200.
Anschwellung des Unterschenkels (Mosher) 413.
Anthrax (Kossel) 591.
Antipyrineruption (Jullien und Sibert) 497.
Antipyrinerytheme, die lokalisierten (Ehrmann) 368.
Antipyrinexanthem (Webster) 367.
Antipyrinexantheme (Lesser) 243.
—, Die fixen (Mibelli) 418. 533.
Antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten [Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel] (Huber und Blumenthal) 462.
Anurie geheilt durch Einspritzungen in die Blase mittelst borsäurehaltiger Abkochung von Belladonnablättern (Albespy) 159.
Anusfissur, Zur Behandlung der schmerzhaften (Doumer) 168.
Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1897 (Unna) 319.
Area Celsi 31. 33.
Argonin, ein neues Antiblennorrhoicum (Zydlowicz) 219.
— Behandlung der Blennorrhoe mit (Gutheil) 167.
Argoninlösungen (Miehle) 422.
Arsenige Säure, Vernarbung eines ulcerierten Gesichtsepitheliom durch (Hermet) 496.
Arsenik, Braunfärbung der Haut beim Gebrauche von (Smetana) 642.
— bei Sarcomatosis cutis (Fokin) 102.
Arsenpigmentation (Hardaway) 563.
Asphyxie mit Acne necrotica und Lupus erythematosus, Lokale (St. Mackenzie) 504.
Asthesiometer, Ein neues (Griesbach) 116. 532.
Atherome, Seltene Prädilektionsstelle solcher (Trnka) 659.
Atlas zur Pathologie der Haut, Histologischer (Unna) 154. 418.
Atmosphärischer Einfluſs auf Hautkrankheiten (Corlett) 266.
Atresie des einen Gehörganges sowie beider Naseneingänge, kompliziert mit luetischer Sattelnase, Erworbene (Ketterl) 478.
Atrophia cutis idiopathica (Hlawsche) 41; (Nikulin) 102.
— und Hyperpigmentose, Diffuse senile (Pospelow) 41.
Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis (Wilbrand und Staelin) 478.
Aussatz s. Lepra.
Bacillus pyocyaneus, Zur Pathogenese des B. p. und zur Ätiologie des Ekthyma gangraenosum (Hitschmann und Kreibich) 591.
Bakteriurie 420.
— bei Enuresis diurna (Nicolaysen) 160.
— Beobachtungen über (Hogge) 160.
Balanitis 109.
Ballonkatheter und eine am Beniqué mit Konduktor angebrachte Abänderung (Noguès) 44.
Balneotherapie und Syphilisbehandlung (Neisser) 526; (Vollmer) 527.
Bandförmige lichenoide Eruption (Balzer) 496.
Bartflechte und ihre Behandlung, Einfache (Martin) 459.
Benzoesäure, ein schimmelverhütendes Mittel (Runge) 444.
Bismol 111.
Bismuthum tribromphenolicum 111.
Blase, Partielle Resektion der B. wegen eines durch Distoma haematobium verursachten Geschwürs (Curtis) 247.
— Tunica muscularis der (Versari) 319.
— Anurie geheilt durch Einspritzung borsäurehaltiger Abkochung von Belladonnablättern in die (Albespy) 159.
Blasenaffektionen, Orthoform in der Behandlung der schmerzhaften (Noguès) 555.
Blasenerkrankung, Interstitielle, blennorrhoische (Feleki) 570.
Blasenkrebs (Fuller) 412.
Blasensteine, Präventivbehandlung der (Thompson) 271.
— Cystotomia suprapubica bei (Harrison) 270.
Blastomyceten bei Tumoren, Die pathogene Wirkung der (Secchi) 418.
— der malignen Tumoren, Infektiöse Wirkung der (Sirleo) 633.
Blatternprozefs bei Schwangeren und Wöchnerinnen (Kaposi) 567.
Blennorrhoe eine Allgemeinerkrankung (Jullien und Sibut) 206.
— Die spezifische Ätiologie der (Simes) 459.
—, Chronische (Doad) 270; (De Keersmaecker und Verhoogen) 321.
— Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe der (Jadassohn) 165.
— der Kinder (Inghram) 459.
— Pyämie nach (Nannotti) 166.
— Polyarthritis nodosa der Hand bei; Radiographie (Emery und Glantenay) 625.
—, Die abortive Behandlung der (Pontoppidan) 272.
—, Zur Frage der (Cohn) 364.

Blennorrhoe, Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen (Casper) 166.
— Neue Behandlungsmethode der (Duquaire) 167.
— Neue Schnellheilung der (Silverman) 267.
— Schnellbehandlung mit Silvermans Harnröhrenspritze (Silverman) 457.
— behandelt mit Argonin (Gutheil) 167.
— — mit einfachen adstringierenden Mitteln, Gefahren bei der (Moehlan) 270.
— Janets Irrigationen in der Therapie der (Krzysztalowicz) 358; (Neuhaus) 117.
— Natriumhypochloridlösung bei (Chassaignac) 261.
— Protargol gegen (Stark) 339; (Rosenthal) 623; (Dreyer) 628; (Kreissl) 629.
— Sandelöl gegen (Arwine) 266.
—, Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles bei der B. nebst einigen allgemeinen Bemerkungen (Bloch) 284.
— behandel mit Sublimat (Andriani) 168.
— Verwendung von permangansaurem Zink zur Behandlung der (Hotaling) 168.
— Thermotherapie der (Callari) 167.
— beim Weibe, behandelt mit Ichthyolstäbchen (Chaix) 167.
Blennorhoe-Behandlung Prostituierter (Behrend) 550.
Blennorrhoische Blasenerkrankung, Interstitielle (Feleki) 570.
— Gelenkentzündung (Schuller) 458.
— Harnröhrenentzündung, Zur Behandlung der (Bloch) 124. 196.
— Septikämie, Hautaffektion bei (Morris) 376.
Blennorrhoischer Rheumatismus (Hutchinson) 558.
Blennorrhoismus (Schuster) 259.
Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten, Veränderungen der weifsen (Ischlenow) 447.
Blutuntersuchungen bei Syphilis (Justus) 570.
Borol 111.
Bothryomykosis humana (Poncet und Dor) 589.
Bromakne (Savill) 314; (Panichi) 418.
Bromexanthem (Blaschko) 622.
Bromidrosis und Hyperidrosis (Richter) 651.
Bubo der Regio suprapubica, Median gelegener (Casteret) 600.
— Hebra oder Prurigo Bubo (Hutchinson) 561.
— Nicht venerischer (Skinner) 596; (Godding) 596.
Bubonen, Abortivbehandlung (Waelsch) 509.
— Gonokokken in suppurierenden (Hansteen) 596.
— Aspirationsbehandlung der (Hahn) 596.
— Behandlung mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum oxydatum (Thorn) 595.
Bullöse Dermatitis, Akute (Hallopeau und Levy) 312.
— Urticaria (Malyscheff) 41.

Calcium chloratum purum crystallisatum 111.
Captol, ein neues Antiseborrhoicum und medizinisch-kosmetisches Haarmittel (Eichhoff) 219.
— Weitere Erfahrungen mit (Eichhoff) 361.
Carcinom des Rumpfes, Disseminiertes (Allen) 553.
— der grofsen und kleinen Schamlippe (Speranski) 403.
— und Sporozoenkrankheiten, Patho- und Histogenese derselben (Bosc) 634.
Casparheinrichquelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der Harnorgarne (Foss) 375.
Cheiropompholix (Hutchinson) 561. 561.
Chemie, Hauptthatsachen der (Harnack) 208.
Chemikalien, Wirkung diluierter Ch. auf das lebende Gewebe (Léval) 372.
Chemotaxis 90. 91.
Chinosol als Antisepticum und Antipyreticum (Beddies) 220.
—, Das Desinfektionsvermögen des (Giovannini) 422.
Chromotaxis 332.
Chylurie, Ein Fall von (Dagget) 163.
Circumcision, Neue Art der (Rebreyend) 456.
Citronensaft, Behandlung der harnsauren Diathese mit (Spillmann) 159.
Coko oder Framboesia (Hirsch) 591.
Copaivavergiftung, Ein Fall von (Thompson) 422.
Cornu cutaneum (Reboul) 636.
— —, Beitrag zur Histologie des (Spietschka) 252.
Cutisdefekt am Scheitel eines neugeborenen Kindes, Kongenitaler (Dittrich) 658.
Cyanose der Extremitäten mit Perniones bei einem hereditär Tuberkulösen; Mikrosphygmie und Infantilismus (Gaston und Emery) 499.
Cystadenoma bei einer graviden Frau, Nephrektomie wegen (Scudder) 153.
Cyste und Abscefs in der Palma manus (Morris) 376.
Cystitis 420. 421. 556.

Cystitis und Urininfektion (Melchior) 155.
Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus, Was leisten sie für Diagnose und Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen (Casper) 156.
Cystotomia suprapubica bei Blasensteinen (Harrison) 270.
— — Sterblichkeit nach (Horwitz) 265.

Decubitus und Moosbetten (Sander) 644.
Dermatitis, Akute bullöse (Hallopeau und Levy) 312.
— Akute fieberhafte pustulöse (Phillips) 417.
— epidemica, Zwei Fälle von (Colby und Winfield) 366.
— mit excentrischer Ausbreitung, Haut- und Blutveränderungen bei der pustulösen (Leredde) 39.
— herpetiformis Duhring (Isaac II) 36; (Deutsch) 108; (Jamieson) 416.
— — mit vielen an Impetigo herpetiformis erinnernden Merkmalen (Fordyce) 149.
— —, Gleichzeitiges Vorkommen von Impetigo herpetiformis und (Pospelow) 204.
Dermatotherapeutische Präparate von Mielck 428.
Dermatotherapie, Röntgenstrahlen in der (Schiff) 250.
Dermographismus (Morrow) 412.
Dermoidcyste der Zunge (Kiliani) 659.
Diabetes mellitus mit Xanthoma diabeticorum (James und Walker) 638.
Diabetidenart der Genitalgegend beim Manne, Anfangsstudium einer (Barthélemy) 648.
Diätetik und Ernährungstherapie, Handbuch der (v. Leyden) 636.
Diagnose, Fälle zur (Winfield) 414; (Abraham) 503; (Pringle) 506; (Bronson) 507.
Differentialdiagnose ex juvantibus zwischen syphilitischen und tuberkulösen Geschwüren (Augagneur) 54.
Diplokokken-Seborrhoe (Merril) 579.
Distoma haematobium, Partielle Resektion der Blase wegen eines durch D. h. verursachten Geschwürs (Curtis) 247.
— hepaticum der Haut (Malherbe) 652.
—, Ein Fall von maligner papillärer (Wiggin und Fordyce) 635.
—, hervorgerufen durch Röntgenstrahlen (Ryan) 313; (Plonski); (Crocker) 373; (Ledermann) 623.
— Seborrhoische (Savill) 313.
Dermatologie, Entwicklung und Fortschritte der (Morris) 255.
Dermatologie, Zwei seltene Fälle in der (Blaine) 263.
— in Ungarn, die Entwickelung der (Róna) 564.
— Bedeutung der Toxine in der (Hallopeau) 255.
Dermatomyositis acuta et chronica, Primäre (Köster) 594.
Dermatophobien (Thibierge) 568.
Dermatose, seltene, wahrscheinlich parasitäre (Cannarsa) 236.
Dermatosen bei den Autointoxikationen und den experimentellen bakteriellen Intoxikationen (Frisco) 417.
Dermatosis linearis neuropathica (Leven) 656.
Drogen der dermatologischen Praxis, Einige (Cantrell) 456.
Ducreyscher Bacillus (Deutsch) 569.
Dysidrosis (Farez) 586.
Dystrophia papillaris et pigmentosa (Collan) 637; (Boeck) 637.

Eccema 109. 176. 181.
— chronicum 198.
— hypertrophicum 263.
— palmare bei einem Hysterischen (Montfort und Mirallié) 257.
— seborrhoicum Unna oder Psoriasis (Carless) 315.
— tropicum [Lichen tropicus, Roter Hund] (Ruge) 580.
— der linken Hand, Chronisches (Verstraeten) 580.
— des Nabels (Cantrell) 581.
— s. auch Ekzeme.
Eingebildete Hautausschläge (Shepherd) 152.
Einteilung der Hautkrankheiten, Eine pathologico-klinische (Duhring) 512.
Eisensomatose (Eichengrün) 422; (Groos) 423.
Eiterungen, hervorgerufen durch den Pneumococcus-Fränkel, Lokale (Bruns) 211.
— Der Vulvovaginaldrüse (Dujon) 163.
Eiweifskörper, Über die Elementarformeln einiger (Schmiedeberg) 214.
Ekthyma gangraenosum, Bacillus pyocyaneus und Ätiologie des (Hitschmann und Kreibich) 591.
—, Pyocyaneus-Infektion nach einem ulcerösen (Triboulet) 592.
— und Impetigo, der Streptococcus als konstantes, pathogenes Agens von (Balzer und Griffon) 584.
Ekzem s. Eccema.
Ekzeme, Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut E. ? (Kulisch) 65.
Ekzemformen, Lokale Behandlung der umschriebenen (Duhring) 581.

Ekzemin 600.
Elastisches Gewebe in den fribösen Neubildungen der Haut, Neuer Beitrag zum Studium desselben (Soffiantini) 213.
Elberfelder Krankenanstalten: Die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis (Eichhoff) 221.
Elephantiasis, Kalomelinjektionen bei (Pospelow) 309.
— des linken Oberlides (De Vincentiis) 598.
— neuromatodes des oberen Augenlides (De Vincentiis) 599.
— des Penis (Du Castel) 400.
— des Unterschenkels (Pospelow) 463.
— des Vorderarmes infolge von Ekzem (Mitchell) 598.
— verrucosa (Pospelow) 204.
— vulvae (Kötschau) 164.
Emphysem, Subcutanes (Musgrove) 653.
Enuresis diurna, Bakteriurie bei (Nicolaysen) 160.
Eosinophile Zellen im Blute bei Syphilis und Hautkrankheiten (Peter) 243.
Epidermolysis bullosa acquisita (Ohmann-Dumesnil) 585.
— — hereditaria (Török) 573; (Varga) 407.
Epididymitis, Atrophie des Hodens nach akuter (Hutchinson) 558.
Epitheliale Natur der Naevuszellen (Unna) 213.
Epithelioma adenoides cysticum (Fox) 205.
— contagiosum und Conjunctivitis follicularis (Elschnig) 636.
— des Gesichts vernarbt durch arsenige Säure, Ulceriertes (Hermet) 496.
— mit Methylenblau behandelt (Schwimmer) 104.
— Seborrhoisches (Mc Vey) 269.
Epithelzellen, Sichelkerne und Riesensphären in ruhenden (Ballowitz) 211.
Ernährungstherapie und Diätetik, Handbuch der (v. Leyden) 517. 636.
Erysipelas perstans 254.
Erysipelstreptokokken und Marmorekesches Serum (Lemoine) 597.
Erythema 66.
— (Hutchinson) 561.
— athrepsicum 327.
— exsudativum annulare (Gerson) 242.
— — multiforme-Hebra (Colby) 458.
— glutaeale 331.
— — der Kinder (Hodara) 325.
— induratum Bazins (Audry) 481. 511.
— iris der Füfse bei drei Kindern, Ulceriertes (Jacquet und Regnard) 498.
— multiforme, Natur des (Singer) 367.
— nodosum (Goerlitz) 599.
— papulosum 330. 331.
— simplex 327. 334.
Erythema der Extremitäten, Recidivierendes (Audry) 260.
— und Herpes der Zunge (Schwimmer) 531.
— hervorgerufen durch Primula obconica (Arctander) 368.
Erytheme, die lokalisierten (Ehrmann) 368.
Erythematöse, symmetrische Keratodermie (Lustgarten) 506.
Erythematöses Fieber nach Luft- und Sonnenbädern (Lahmann) 368.
Erythematös-tuberkulöser Lupus (Leredde) 497.
Erythrodermie mit Purpuraeruption im Vorstadium der Mykosis fungoides (Balzer und Mercier) 626.
— bei Mykosis fungoides (Laparski) 590.
Erythromelalgie (Rost) 552.
Essigsäure, Zur Verschreibung der (Unna) 136.
Exantheme, Merkurielle, Über (Rosenthal) 372.
Extragenitale Syphilisinfektion (Immerwahr) 241; (Ledermann) 399.

Favismus u. seine Behandlung (Cipriani) 587.
Favus (Lichatscheff) 102.
— des Augenlides (Pergens) 587.
— scrotalis (Leitz) 586.
— universalis (Havas) 587.
— und Trichophytie (Unna) 587.
Febris erythematosa nach Luft- und Sonnenbädern (Lahmann) 368.
Fett in der Haut, Nachweis durch sekundäre Osmierung (Unna) 601.
Fibroma molluscum der Kopfhaut, operative Entfernung der Geschwulst (Sender) 638.
Filaria Medinensis und Lepra in Turkestan (Durante) 428.
Folliculäre Affektion in Gestalt von Plaques von unbestimmter Natur (Gaston und Emery) 102.
Folliculitiden u. Haarausfall, Seborrhoische (Hallopeau und Laffitte) 101.
Folliculitis, Chronische disseminierte (Fox) 315.
— decalvans (Fox) 507.
— bei einem Tuberkulösen, Miliare (Thibierge) 402.
Formaldehyd 111.
— im Harn nach Urotropingebrauch (Citron) 448.
— bei Trichophyton tonsurans capitis (Roberts) 588.
Formalin und Paraform (Unna) 198.
Framboesia oder Coko (Hirsch) 491.
— cromwelliana (Hutchinson) 558.

Freundschaft und Dermatologie (Barthélemy) 565.
Frostbeulen und Angiokeratoma (Fox) 316.
Füfse mit besonderer Berücksichtigung der Schweifsfüfse, Pflege der (Zuelch) 651.
Furunkel, Karbunkel und Nagelentzündungen, Nichtchirurgische Behandlung derselben (Bulkley) 246.
Furunkulose 187. 266.

Galvanokaustische Glühnadel bei Beseitigung lästiger Haare (Bloebaum) 657.
Gangrän, Allgemeine Gefäfsneurose mit peripherer (Lochte) 369.
— Idiopathische auf trophoneurotischen Störungen beruhende (Oestreicher) 35.
— Akut sich verbreitende, in Verbindung mit Glykosurie (Waring) 645.
— nach Exstirpation eines Aneurysma popliteum dissecans, Partielle (Beck) 645.
— der Haut, Spontane (Corlett) 152.
— hysterica (Justus) 107.
—, Impetigo contagiosa mit Ausgang in oberflächliche (Östreicher) 200.
— der Kopfhaut bei einem kachektischen Kinde, Multiple (Heath) 645.
—, Spontane (Mundt) 645.
—, Symmetrische, kongenitale (Stoffregen) 592.
— — und lokale Asphyxie, Raynaudsche Krankheit (Havas) 570.
Gangränöse Varicellen (Perry) 206.
Gefäfsneurose mit peripherer Gangrän, Allgemeine (Lochte) 369.
Gelenkrheumatismus, Hautveränderungen beim akuten (Singer) 367.
Genital- und Hauttuberkulose, behandelt mit Tuberkulin R. (Seeligmann) 53.
Genitale, Soor des weiblichen (Fischer) 165.
Geosot (Rieck) 423.
Geschichte der Medizin (Pagel) 323.
Geschlechtsdrüsen der Wirbeltiere, Die accessorischen (Disselhorst) 630.
Geschlechtskrankheiten auf dem Lande (Baratier) 258.
Geschlechtstrieb (Phillips) 269.
Geschwulstbildung durch Raupenhaare (Spitzer) 374.
Geschwülste: Erysipel-, Erysipeltoxin- und Serumtherapie der bösartigen (Eschweiler) 419.
— des Gesichts, Angeborene (Ewald) 636.
Gesichtserysipel, Pachydermie bei habituellem (Bernhardt) 597.
Gesichtspuder, Untersuchung verschiedener (Murrer) 115.
Gesundheitsschädlichkeit von Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl (Stubenrath) 217.
Gichtekzem (Morton) 415.
Glandula prostatae sicca pulverisata 112.
Glossitis superficialis [Moeller] (Polyák) 589.
Glutol 111.
Gonococcus (Veillon) 319.
— Weitere Studien über den (Heiman) 553.
Gonokokkenuntersuchung, ihre Bedeutung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Blennorrhoe (Jadassohn) 165.
Granuloma trichophyticum Majocchi (Pini) 251.
Guineawurm (Masson) 314.
Gumma der Zunge (Morton) 413.

Haar 142.
Haare, Ernährung der (Deichler) 210.
— Vorkommen und Nachweis von Jod in (Howald) 210.
— Galvanokaustische Glühnadel bei Beseitigung lästiger (Bloebaum) 657.
Haarausfall uud seborrhoische Follikulitiden (Hallopeau und Laffitte) 101.
Haarfärbemittel, Giftiges (Sendtner) 532.
Haarmittel, Captol ein (Eichhoff) 219.
Haartinktur, Eruptive Erscheinungen nach Gebrauch einer paraphenylen-diaminchlorhydrathaltigen (Cathélineau) 311.
Haarzunge, Schwarze, Beitrag zur Lehre der (Vollmer) 362.
Hämatoangioma, Infektives (Walsh) 503.
Hämato-Lymphangioma der Zunge und des Gaumensegels (Bernard) 40.
Haematoma tunicae vaginalis propria testis (Tolpigo) 638.
— des Ohrläppchens (Thomson) 638.
Hämatoporphyrin im Harn (M'Call Anderson) 161; (Garrod) 161; (Nakarai) 162.
— im Urin bei Hydroa aestivale (M'Call Anderson) 207.
Hämaturie bedingt durch Distoma haematobium, Tropische (Huber) 160.
Hämoglobinurie, Paroxysmale (Gemmale) 161.
— infolge von Chininmedikation bei Malaria (Grocco) 161; (Baccelli) 161.
Haemolum hydrargyro-jodatum 112.
Hämophilie (Fussell) 248.
Handekzem und Waschen der Hände (Unna) 547.
Harn, Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichts im (Jolles) 157.

Harn, Neue Methode zum Nachweis von Indikan im (Loubiou) 162.
Harnbestandteil, Urocyanin ein neuer (Cotton) 162.
Harngifte in pathologischen Zuständen (Gottheiner) 317.
Harninfektion und Cystitis (Melchior) 155.
Harnleiden, Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei (Orlow) 103; (Cohn) 96.
Harnmengen, Neues Urometer für geringe (Jolles) 157.
Harnorgane, Die Casparheinrichquelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der (Foss) 375.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenverengerung s. Striktur.
Harnsaure Diathese behandelt mit Citronensaft (Spillmann) 159.
Harnsedimente, Mikroskopie der (Daiber) 322.
Harnuntersuchung, Chemische und mikroskopische (Spaeth) 322.
Harnwege, Die Krankheiten der (Guyon) 516.
—, Infektiöse Krankheiten der (Rovsing) 453.
—, Bemerkungen zu Rovsings Studien über die Krankheiten der (Melchior) 555; (Albarran und Hallé) 556.
Harzstifte (Stili resinosi) zum Enthaaren (Unna) 26.
Haut, Histologischer Atlas zur Pathologie der (Unna) 154.
—, Anatomie der (v. Brunn) 154.
—, Elastisches Gewebe in den fibrösen Neubildungen der (Soffiantini) 213.
—, beim Gebrauche von Arsenik, Braunfärbung der (Smetana) 642.
—, Scheckige (Hamilton) 266.
— nach Ätzung mit rauchender Salpetersäure, Veränderungen der (Bargum) 485.
—, Kälte und Wärmepunkte der (Aleutz) 209.
—, Wechselstrom und hochgespannte Ströme bei Erkrankungen der (Oudin) 169.
—, Kontinuierliche eitrige Akrodermatitis mit purulenter Infektion der (Hallopeau und Laffitte) 497.
—, Spontane Gangrän der (Corlett) 152.
— und Unterhaut, Ungewöhnliche Form von Infektion mit tödlichem Ausgange (Ekehorn) 593.
—, Karbolvergiftung durch Auflegen von Karbolkompressen auf die (Lucas) 219.
—, Melanosarkom der (Marsch) 635.
—, Miliartuberkulose der (Kaposi) 52.
—, Die hysterischen Neurosen der (van Harlingen) 375.
Haut, Die gewöhnlichen Pilzkrankheiten der (Walker) 212.
—, Riesenzellentumoren der (Targett) 636.
Hautaffektion bei blennorrhoischer Septikämie (Morris) 376.
Hautatrophie, Lichen ruber planus mit linearer (Vollmer) 362.
Hautausschläge, Eingebildete (Shepherd) 152.
— infolge starker Schweifse (Perrin) 255.
— nach einem zweiten Schanker, Eigenartige (Hutchinson) 560.
Hautblutungen (Hyde) 153.
Hautcarcinom, Behandlung desselben (Morgan) 634.
Hauteffloreszenzen, Skala zur Bestimmung der Dimensionen der (Allen) 262.
Hautentzündungen infolge von Vergiftung durch Pflanzen (Bradles) 271.
Hautfibrome, Multiple kongenitale (Tailhefer) 638.
Hautgangrän, nach Jod und Jodkalium-Mifsbrauch, Disseminierte (Audry) 256.
Hautgummata längs der Lymphgefäfse im Anschlufs an ein Trauma, Multiple subcutane (Kromayer) 145.
Hauthörner, Psoriatische (Gafsmann) 142.
Hautkrankheiten, Handatlas der (Kaposi) 574.
—, Kompendium der (Jefsner) 376.
—, Therapeutisches Vademecum der (Ledermann) 517.
—, Eine pathologico-klinische Einteilung der (Duhring) 512.
—, Jahresbericht aus dem Spitale für H. in Belfast 530.
—, Die neue Abteilung für H. und Syphilis im Elberfelder Krankenhaus (Eichhoff) 221.
—, New Yorker Spital für (Bulkley) 659.
— in Hamburg 1897, Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für (Unna) 319.
—, Atmosphärischer Einfluſs auf (Corlett) 266.
—, Klimatische (Corlett) 266.
—, Die Veränderung der Alkalescenz des Blutes bei einigen (Tschlenow) 310.
— und arthritische Diathese (Rasch) 211.
—, Eosinophile Zellen im Blute bei Syphilis und (Peter) 143.
—, hervorgerufen durch die Primula obconica (Arctander) 256.
—, Allgemeine Pathogenese der tuberkulösen (Marschalkó) 571.
—, Allgemeine therapeutische Maſsnahmen bei der Behandlung der (Corlett) 246.
—, Die therapeutische Anwendung heifsen Wassers bei (Rosenthal) 216.
Hautmaulwurf (v. Samson) 142.

Hauttransplantation nach Thiersch, Chronische Ulcera behandelt mit (Parrot) 643.
Hauttuberkulose behandelt mit Tuberkulin R. (Seeligmann) 58.
Hauttumor, Eine Form pathologischer Pigmentation als Vorläufer eines malignen (Galloway) 247.
Hautveränderungen beim akuten Gelenkrheumatismus (Singer) 367.
Haut- und Blutveränderungen bei der pustulösen Dermatitis (Leredde) 39.
Hemiatrophia faciei (Jendrassik) 644; (Le Maire) 644.
— der Zunge (Moyer) 645.
Hernia testis (Allen und Cotton) 150.
Herpes, Oedema chronicum lymphangiticum mit Anfällen von (Remlinger) 257.
— und Erythema der Zunge (Schwimmer 531.
— genitalis kompliziert durch Herpes urethralis und Urethritis herpetica (Le Fur) 43.
— gestationis (Crocker) 506.
— progenitalis, Behandlung des (Ashmead) 271.
— tonsurans s. Trichophytie.
— urethralis und Urethritis herpetica als Komplikation des Herpes genitalis (Le Fur) 43.
— zoster s. Zoster.
Historische Streifzüge, Celsus (Cohn) 96. 392.
Homosexualität bei einem Weibe (Looft) 531.
Hospital Saint-Louis und die französische dermatologische Schule (Hopf) 299. 345.
Hydradenitis papulosa (Elliot) 507.
Hydradénomes éruptifs oder Epithelioma adenoides cysticum (Fox) 205.
Hydrargyrum oxycyanatum 112.
— salicylicum, Nebenwirkungen bei intramuskulären Injektionen von (Grouven) 510.
Hydroa aestivale (Fox) 316.
— — bei zwei Brüdern, kompliziert mit der Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin (T. M'Call Anderson) 207.
— vacciniforme 266.
Hydrocele communicans funiculi spermatici (Feleki) 108. 554.
Hydronephrosenbehandlung (Wagner) 554.
Hydrotherapie und Syphilis (Breyer) 527.
Hyperämie 84. 85. 88. 89.
—, Heilwirkung der (Bier) 214.
Hyperidrosis 199. 200.
— und Bromidrosis (Richter) 651.
Hyperkeratosis (Fox) 579.
Hyperpigmentose, Diffuse senile Atrophia cutis (Pospelow) 41.
Hypertrichose, 110 Fälle mit Elektrolyse behandelt (Brocq) 255.
Hypertrichose der Lendengegend bei zwei Schwestern, Kongenitale (Parry) 657.
Hypospadie, Chirurgische Behandlung der (Kingsbury) 270.
—, Vollständige; Urethroplastik, Heilung (Lewis) 270.
Hysterie und hereditäre Syphilis (Fournier) 31.

Jahresbericht aus dem Spitale für Hautkrankheiten zu Belfast 530.
Janets Irrigationen in der Therapie der Blennorrhoe (Krzysztalowicz) 358.
Ichthyol bei Pocken (Kolbossenko) 469.
— bei der Trichophytie (De Amicis) 589.
Ichthyosis hystrix (Joseph) 395.
—, Kongenitale (Fournier) 101.
—, Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen I. an der Hand eines Falles, bei welchem die Schilddrüse fehlte (Winfield und Van Cott) 150.
—, Lokale (Fox) 315.
— pilaris mit Mikrosphygmie bei zwei Gliedern derselben Familie (Gaston und Emery) 498.
Ikterus im Frühstadium der Syphilis (Arnheim) 436; (Moxter) 478.
— syphiliticus, Zur Pathologie des (Werner) 477.
Impetigo 84. 85. 91. 185.
— und Ekthyma, der Streptococcus als konstantes pathogenes Agens von (Balzer und Griffon) 584.
— contagiosa mit Ausgang in oberflächliche Gangrän (Östreicher) 200.
— — des behaarten Gesichts und Nackens (Lask) 459.
— herpetiformis (Hartzell) 149; (Hallopeau) 312.
— — bei einem Manne (Whitehouse) 563.
— —, Dermatitis herpetiformis mit Merkmalen, welche erinnern an (Fordyce) 149; (Pospelow) 204.
Impfpockenbildung beim Kalbe (Steinhaus) 470.
Impfpraxis, Bemerkungen zur (Hay) 471.
Impftechnik (Kreissmann) 471; (Weichart) 471.
Impfung s. Vaccination.
Impfverlauf, Ein Unikum in Bezug auf (Sutton) 470.
Incontinentia urinae bei hereditärer Syphilis (Baudouin) 499.
Indikan im Harn, Neue Methode zum Nachweis von (Loubiou) 162.
Indikanurie bei Kinderkrankheiten (Cattaneo) 162.
Induration an der Stelle eines früheren

Schankers, Erneute (Hutchinson) 560. 561.
Infantilismus und Mikrosphygmie (Gaston und Emery) 499.
Infektion der Haut und Unterhaut mit tödlichem Ausgange, Ungewöhnliche Form von (Ekehorn) 593.
Initialsklerose 58.
—, Syphilis ohne (Hutchinson) 561.
— des linken Daumens (Pringle) 316.
— in der Leistenbeuge und am Labium majus (Ledermann) 399.
—, Multiple, extragenitale an der Lippe und am Septum narium (Pringle) 316.
— an der Unterlippe (Ledermann) 399; (Hutchinson) 559.
— am Vorderarm (Fournier) 40.
— an der rechten Wange (Joseph) 34.
— am Zahnfleisch (Werner) 56.
— der Zunge (Foot) 553.
Jod in Haaren, Vorkommen und Nachweis von (Howald) 210.
— und Quecksilber (Welander) 423.
Jodkalium-Mifsbrauch, Disseminierte Hautgangrän nach (Audry) 256.
Jodothyrin 112.
Jodsalze. Wann sind J. anzuwenden? und welches Salz verdient den Vorzug? (Briquet) 259.
Itrol 112.

Kälte- und Wärmepunkte der Haut (Aleutz) 209.
Kalomeleinspritzungen bei Lupus und anderen, nicht syphilitischen Hautleiden (Asselbergs) 518.
Kanüle für die Spülungen der Pars anterior der Urethra, Eine neue (De Mendoza) 556.
Kantharidin und Krotonöl: Sind die durch K. hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? (Kulisch) 65.
Karbolgangrän (Léval) 372; (Leusser) 373.
Karbolvergiftung durch Auflegen von Karbolkompressen auf die Haut (Lucas) 219.
Karbunkel, Furunkel und Nagelentzündungen, Nicht-chirurgische Behandlung derselben (Bulkley) 246.
Karminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweifsarten (Bogomolow und Wassilieff) 214.
Keloid nach sekundärer und tertiärer Syphilis (Morton und Winfield) 413.
Keloide der Ohrmuschel (Scheppergell) 639.
Keratitis luetica hereditaria (Burchardt) 522.
Keratodermie, Symmetrische erythematöse (Lustgarten) 506.
Keratoma hereditarium (Neumann) 357.
— symmetricum plantarum et palmarum acquisitum (Fokin) 446.
Keratosis follicularis [Dariersche Krankheit] (Bowen) 318.
— plantaris, Syphilitische (Pringle) 315.
— pilaris rubra und Pityriasis rubra pilaris bei ein und demselben Individuum (Róna) 573.
Klimatische Hautaffektionen (Corlett) 266.
Kokainsalz und Kokainbase (Unna) 239.
Kolpohyperplasia cystica, Zur Ätiologie der sogenannten (Lindenthal) 163.
Kommunikation zwischen einer Fistelöffnung in der Lumbal- oder Unterbauchgegend und der Blase oder Niere; Mittel zur genauen Bestimmung einer (Horwitz) 262.
Konträre Sexualempfindung in Beziehung zum § 175 des Strafgesetzbuches (Cramer) 530.
Kontrolle in Rotterdam 1897 (Mees) 629.
Krankenversorgung und Krankenpflege, Handbuch der (Liebe, Jacobsohn und Meyer) 632.
Kraurosis vulvae (Pichevin und Pettit) 164.
Kreisel-Harn-Centrifugen, Zwei verbesserte (Wossidlo) 448.

Lanolin, Löschung des Wortzeichens 600.
Leistendrüsenerkrankungen (Fuller) 412.
Lentigo, Melanotische (Balzer, Gaucher und Milian) 40.
Lepra 198. 263.
— (Martin) 263; (Crocker) 312.
— in Algerien, speziell in der Stadt Algier (Gemy und Raynaud) 574.
— in Brasilien, Historische Bemerkungen zur Ausbreitung der (Havelburg) 49.
— in der Capkolonie (Todd) 458.
— in Columbien (Polakowski) 47.
— Zwei auf Lissa in Dalmatien beobachtete Fälle von (v. Delupis) 49.
— Mitteilungen über L. nach Erfahrungen in Indien und Ägypten (Sticker) 47.
— in Livland: Ursachen des schnellen Umsichgreifens in den letzten 20 Jahren (Koppel) 49.
— in Neu-Caledonien (Langenhagen) 479.
— speziell deren Entstehung durch die Art der Nahrung (Hutchinson) 560.
— Welche Rolle spielen Vererbung und Ansteckung bei der Verbreitung der (Besnier) 255.
— Existiert ein Unterschied zwischen Infektion oder Kontagiosität der (Ashmead) 269.

Lepra, Kontagiosität und Prophylaxis der (von Bergmann) 360.
— Scheinbar geheilte knotige (Crocker) 205.
— obscura 48.
— Die Pigmentflecke der (Darier) 256.
— und Syringomyelie (Goldscheider) 552.
— Zur Behandlung der (Unna) 50.
— Isolierung der Aussätzigen in Leproserien (Dehio) 49.
— Unterdrückung und Verhütung der (Ashmead) 208.
— Serumtherapie der (Carrasquilla) 50; (Buzzi) 51; (Laverde) 52; (Hallopeau) 52.
— Thyreoidbehandlung der (Maitland) 52.
Leprabacillen in der Atmungs-Schleimhaut, Sitz der (Bergengrün) 360.
Leprabacillenfärbung, Methode der (Tschernogubow) 41.
Leprabacillenschleim, Zusammensetzung desselben (Unna) 17.
Leprafrage in New-York, Bemerkungen über einige praktische Seiten der (Morrow) 47.
Leprakenntnis der Japaner im 17. Jahrhundert (Ashmead) 457.
Lepröse, Giftigkeit des Urins und des Blutes derselben (Calderone) 418.
Leucaena glauca, Enthaarende Wirkung der 425.
Leukoderma 58.
— (Hamilton) 266; (Savill) 503.
— syphiliticum (Hjelmman) 145.
Leukomelanoderma syphiliticum bei den Eingeborenen Algiers (Gémy und Raynaud) 260.
Leukoplakia vesicae (Lohnstein) 448.
Lichen corneus ähnliche Bildungen auf dem Unterschenkel (Róna) 405.
— ruber (Ledermann) 36; (Isaak I.) 621.
— — acuminatus (Nikulin) 206; (Glawsche) 404.
— — planus mit linearer Hautatrophie (Vollmer) 362.
— — —, Warzenbildung auf Grundlage eines (Lion) 201.
— — verrucosus (Isaac II) 242.
— — vor einem Jahre Lichen ruber planus (Saalfeld) 36.
— — in der inneren Voigtschen Grenzlinie der unteren Extremität (Meyer) 252.
— sclerosus Wilson (Hallopeau) 625.
— simplex verrucosus (Eddowes) 314.
Lichenartige Eruption auf der Mundschleimhaut bei einem Syphilitischen in der Sekundärperiode (Daalos) 498.
Lichenoide, bandförmige Eruption (Balzer) 496.
Lichenoide Neurodermatitis in Bandform längs dem Verlaufe des Nervus glutaeus inferior (Balzer und Mercier) 501.
— Syphilis (Du Castel) 625.
Lingua geographica bei einem Säuglinge (Aschner) 408.
Lippenekzeme und Mundwässer (Neisser) 581.
Lithotripsie im Kindesalter (Alapy) 569.
— bei einem Knaben (Alapi) 406.
Lungensarkom mit Symptomen von Morbus Addisonii infolge von Beteiligung der Nebennieren (Packard u. Steele) 641.
Lungensyphilis (Carruccio) 478.
Lupus 198. 199.
— Ein Fall mit ungewöhnlichem, bakteriologischem Befunde (Minich) 56.
— Erythematös-tuberkulöser; Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose (Leredde) 497.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— hypertrophicus 176.
—, Multipler (Abraham) 313.
— vulgaris (Pospelow) 102; (Glawsche und Nikulin) 204.
— — von Zahnfleisch und Gaumen (Hutchinson) 562.
— — Behandlung des (Janovsky) 475; (Buschke) 201; (Müller) 472; (Squire) 575.
— — Heifsluftkauterisation im speziellen bei (Hollaender) 473.
— — Behandlung nach der Methode Holländers (Shiwult) 41.
— — Kalomelinjektionen bei (Asselbergs) 474; (Milian) 626; (Emery und Milian 626; (Glawsche und Nikulin) 403.
— — geheilt durch Kalomelinjektionen, Tuberkulöser (Dubois-Havenith) 102.
— Radikaloperation des (Rosenthal) 241; (Urban) 429; (Lang) 460.
— — des L. und Bedeutung des alten Tuberkulins (Buschke) 37.
— Behandlung mit Kochs Neutuberkulin (Morris) 314. 567; (Crocker) 315; (Crocker und Pernet) 316.
— Thyreoidbehandlung des (Proudfoot) 476.
— oder Lues? (Silberstein) 621.
— und Schutzpockenimpfung (Liebreich) 471.
Lymphadenie des Gesichtes, Mediane (Laffitte und Hallopeau) 497. 625.
Lymphadenoma (Wallis) 639.
Lymphangioma circumscriptum (Morris) 505; (Freudweiler) 140.
— der Labia majora vulvae (White) 365.
Lymphdrüsentuberkulose und erythematös-tuberkulöser Lupus (Leredde) 497.
Lymphocyste und Sarcoma multiplex cutis (Dieballa) 635.

Makrodaktylie der grofsen und zweiten Zehe des rechten Fufses (Boros) 658.
Mantelhaare 141.
Masern s. Morbilli.
Mastitis, Chronische; Gangrän der Warze und deren Umgebung mit Ausgang in Heilung (Mays) 592.
Maul- und Klauenseuchegift, Beim Menschen beobachtete Erkrankungen infolge von Infektion mit (Stierlin) 584.
Melanine, Zusammensetzung und Natur der (Schmiedeberg) 214.
Melanosarkom der Haut (Marsh) 635.
Melanotische Lentigo (Balzer, Gaucher und Milian) 40.
Mercks Bericht über das Jahr 1896 110.
— Verzeichnissämtlicher Präparate, Drogen und Mineralien 113.
Merkurielle Exantheme, Über (Rosenthal) 372.
Mikrobrenner (Unna) 388.
Mikroorganismen, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen (v. Baumgarten und Tangl) 323.
Mikrosporie in Hamburg (Trachsler) 273.
Miktionsspermatorrhoe, Artificielle (Dommer) 448.
Miliartuberkulose der Haut (und der angrenzenden Schleimhaut) (Kaposi) 52.
Milzbrand (Nammack) 591.
Molluscum fibrosum (Keyes) 457.
Monilithrix mit ungewöhnlicher Verteilung (Gilchrist) 562.
Moosbetten und Decubitus (Sander) 644.
Morbilli ecchymotici (Rouger) 465.
— und Keuchhusten, Praktischer Wert von Zwangsmafsregeln gegen (Bryce) 249.
— und Scarlatina, Konkurrierende (Dudley) 465.
—, Gangrän der Weichteile der seitlichen Thoraxwand nach (Wunder) 466.
—, Heilserum gegen (Weisbecker) 467.
—, Hyperpyrexie bei (Allison) 465.
— Subcutanes Emphysem im Gefolge von (Berry) 467.
Morphoea 263. 266.
— (Allen) 507.
— herpetiformis (Hutchinson) 558.
— und Sclerodermia (Savill) 503.
Morula, maulbeerartige Geschwulst auf dem Kopfe 560.
Müllerkrätze [Siderosis cutis autorum] (Schaller) 652.
Mundwässer und Lippenekzeme (Neisser) 581.
Muttermäler, Behandlung der (Alger) 657.
Mycetoma pedis, Amerikanischer Fall von (Delbanco) 590.
Myiasis dermatosa oestrosa (Nagel) 653.
Mykosis fungoides 263.
— — (Hallopeau) 39. 312. (Barthélemy und Hallopeau) 402.
— — Atypischer Fall von (Morris) 316.
— — mit allgemeiner Drüsenschwellung (Sederholm) 590.
— — Erythrodermie bei (Laparski) 590.
— —, Erythrodermie mit Purpuraeruption im Vorstadium der (Balzer und Mercier) 626.
— — nach dem Typus der Pityriasis rubra (Du Castel und Leredde) 499.
Myxödem (Deut) 649.

Nägel nach Collesscher Fraktur, Zeitweiliger Stillstand im Wachstum der (Davison) 646.
Naevi vasculosi (Isaac III) 36.
Naevi, Behandlung der (Alger) 657.
Naevus (Delbanco) 653.
— linearis (Galewsky und Schlossmann) 655.
— teleangiectodes (Hutelmis) 656.
— verrucosus pigmentatus universalis, Eigentümlicher Fall von (De Amicis) 656.
—, Zwei Fälle von strichförmigem (Morrow) 655.
Naevuszellen, Die epitheliale Natur der (Unna) 42. 213.
Naftalan (Pezzoli) 425; (Malyscheff) 502.
Nagelentzündungen, Karbunkel und Furunkel, Nicht-chirurgische Behandlung derselben (Bulkley) 246.
Narbenverkürzungen, Verhütung von (Zimmermann) 643.
Nebennieren, Addisonsche Krankheit mit bilateraler Atrophie der (Nixon und M'Wesney) 640.
—, Folgen der einseitigen Exstirpation der (Velich) 600.
Nephrektomie wegen Cystadenoma bei einer graviden Frau (Scudder) 153.
Nervi optici, Partielle Atrophie infolge Jodoformbehandlung von Brandwunden (Terson) 371.
Nervus musculocutaneus, Isolierte peripherische Lähmung des (Strauss) 374.
Neurasthenie auf syphilitischer Grundlage (Fournier) 522.
Neurodermatitis in Bandform längs dem Verlaufe des Nervus glutaeus inferior, Lichenoide (Balzer und Mercier) 501.
Neurofibromatose (Leredde und Bertherand) 311.
Neurosen der Haut, Die hysterischen (van Harlingen) 375.
Neutuberkulin, Lupusbehandlung mit

(Morris) 314; (Crocker) 315; (Crocker und Pernet) 316.
New Yorker Spital für Haut- und Krebskranke (Bulkley) 659.
Niere, Klinische Beobachtungen über bewegliche und dislocierte (Bryson) 410.
— Postmortale Untersuchungen einiger Fälle von beweglicher (Watson) 410.
Neubildungen der (Küster) 109.
Nierenoperationen, Die Ergebnisse von 153 (Tuffier) 254.
Nierentuberkulose (Goldberg) 109.

Oedem 82. 83. 84. 85. 88. 245. 331. 332. 334. 335. 336. 337.
— Angioneurotisches, stabiles (Norton) 369.
— der Haut, Essentielles (Glawsche) 446.
— chronicum lymphangiticum mit Anfällen von Herpes (Remlinger) 257.
— neonatorum (Blacker) 506.
Oleum cadinum bei Hautkrankheiten (Raymond) 425.
Onychogryphosis hypertrophica (Balzer und Mercier) 626.
Operationscystoskop, Neues (Casper) 629.
Operoderma genito-dystrophicum. Eine neue Krankheit (Rummo und Ferrannini) 648.
Orchitis, Epididymitis und Funiculitis gummosa, Beiderseitige (Aschner) 409.
Orchitininjektionen, Psoriasis behandelt mit (Bouffé) 583.
Orthoform (Einhorn und Heinz) 426.
— in der Behandlung der schmerzhaften Blasenaffektionen (Noguès) 555.
— bei der subcutanen Behandlung der Syphilis (Tschernogubow) 310.
Osmidrosis 199. 200.
Oxygen, Geschwüre behandelt mit (Stoker) 595.

Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel (Bernhardt) 597.
Papilläre Dermatitis, Maligne (Wiggin und Fordyce) 635.
Papillomatöse Ulcerationen des Beines (Du Castel) 101.
Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfs, Multiple (Freudweiler) 637.
Paraform und Formalin (Unna) 198.
Pediculi pubis auf den Nackenhaaren; Maculae cerulese und Roseola syphilitica (Róna) 105.
Pediculosis pubis universalis (Dyer) 270.
Pelade décalvante 32.
Peliosis rheumatica 506.
Pemphigus, Akuter (Priestley) 585.
—, Zur Lehre und Diagnostik (Luithlen) 586.
— foliaceus (Pringle) 315.
— repens (Glawsche und Nikulin) 310.
— simplex, Das Rückenmark in einem Falle von (Brocchieri) 148.
Penis, Elephantiasis des (Du Castel) 400.
Penisvenen, Phlebitis der oberflächlichen (Witherspoon) 267.
Periurethraler Abcefs und blennorrhoische Striktur bei einem elfjährigen Knaben (Alapi) 406.
Perniones bei einem hereditär Tuberkulösen, Cyanose der Extremitäten mit (Gaston und Emery) 499.
Personalnotizen 116.
Pharmakotherapie, Lehrbuch der (Kobert) 45.
Phlebitis der oberflächlichen Penisvenen (Witherspoon) 267.
Pigment und Entstehung desselben bei einigen Tardigraden (Rywosch) 209.
Pigmentation als Vorläufer einer malignen Hautgeschwulst, Eine Form pathologischer (Galloway) 247.
Pigmentflecke der Lepra (Darier) 256.
—, Naevusförmige, variköse (Gaston und Emery) 401.
Pigmentnaevus, Seltener Fall von (Sprecher) 656.
Pigmentosen im Gesichte, Behandlung der persistierenden (Braun) 642.
Pigmentsarkom, Idiopathisches multiples (Jackson) 245; (Holländer) 550.
Pigmentsyphilis 266.
Pikrinsäure, Behandlung der Verbrennungen mit (Ssila-Novitzky) 371.
Pilzkrankheiten der Haut, Die gewöhnlichen (Walker) 212.
Pityriasis rosea-Gibert (Sarubin) 580.
— —, Recidivierende (Morton) 414.
— — durch neue Strümpfe (Kromayer) 146.
— rubra, Mykosis fungoides nach dem Typus der (Du Castel und Leredde) 499.
— — pilaris (Török) 107; (Leredde) 311; (Pringle) 506.
— — — mit allgemeiner exfoliativer Erythrodermie (Hallopeau) 402.
— — — und Keratosis pilaris rubra bei ein und demselben Individuum (Róna) 573.
— versicolor 266.
Plaques auf der Stirn (Freeman) 313.
— muqueuses, Spät aufgetretene (Barbe) 401.
Pneumococcus Fränkel, seine Fähigkeit, lokale Eiterungen zu erzeugen (Bruns) 211.
Pocken s. Variola.

Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft (Körösi) 468.
Pollakiurie, Harnsaure (Kraus) 452.
Polymyositis acuta scarlatinosa (Rothschild) 464.
Polyneuritis bei einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen, Letal endende (Brauer) 524.
Porokeratosis [Mibelli] (Basch) 569.
— auf der Mundschleimhaut (Ducrey und Respighi) 318.
Preisaufgabe, Dr. Unnas dermatologische 63.
Priapismus (Taylor) 410.
Primula obconica, Hautkrankheit, hervorgerufen durch die (Arctander) 256.
Prostataerkrankungen und Prostatorrhoe, Behandlung mit dem faradischen Strome (Popper) 572.
Prostatahypertrophie, Vier neue Operationen von seniler (Andrews) 265.
—, Vasektomie oder Durchschneidung der Vasa deferentia bei (Harrison) 265.
—, Operationen an den Sexualorganen bei (Steiner) 254.
—, Retentionscystitis infolge von (Westervelt) 265.
—, Galvanokaustische Behandlung der (Bottini) 511.
—, Behandlung durch Operationen am Hoden und seinen Adnexen (Albarran und Motz) 450.
Prostata-Totalexstirpation wegen maligner Neubildung (Verhoogen) 254.
Prostatiker, Chirurgische Behandlung der Harnverhaltung der (Rochet) 449.
Prostatitis, wahrscheinlich glandulärer Form neben hartnäckiger Urethritis blennorrhoica (Picard) 557.
— postblennorrhoica und Vesiculitis seminalis (Swinburne) 515.
— der Radfahrer (Arwine) 266.
Prostatorrhoe und Prostataerkrankungen, Behandlung mit dem faradischen Strome (Popper) 572.
Prostituierte, Blennorrhoebehandlung der (Behrend) 550.
—, Veränderungen der Geschlechtssphäre bei denselben (Archangelskaja) 447.
—, Beitrag zum Studium der Morphologie der (Jullien) 272.
— Moskaus, Statistik der Syphilis bei den vagabondierenden (Serebrjakoff) 103.
Protargol (Ruggles) 206; (Eichengrün) 426.
— als Antiblennorrhoicum und Antisepticum (Strauss) 129.
—, Zur Behandlung des Trippers mit (Stark) 339.
— gegen Blennorrhoe (Rosenthal) 623; (Dreyer) 628; (Kreissl) 629.
Protozoenkulturen (Schardinger) 211.
Prurigo 176.
Prurigo hiemalis 267.
— Bubo oder Bubo Hebra (Hutchinson) 561.
Pruritus aestivalis 266.
Psoriasis 175. 179.
— (Martin) 266.
— atypica (Róna) 105; (Aschner) 408.
— des Nagels (Frèche) 582.
— in Zusammenhang mit Gicht und Diabetes (Grube) 581.
—, Studien über (Sellei) 573.
—, Kasuistische Beiträge zur (Gassmann) 142.
— rupioides (Gassmann) 142; (Mackenzie) 205.
—, Multiple Warzenbildung nach (Gassmann) 142.
— oder Eccema seborrhoicum? (Carless) 315.
— und Syphilis ulcerosa (Schwimmer) 404.
Psoriasisbehandlung (Herxheimer) 583; (Heuss) 583.
— mit Orchitininjektionen (Bouffé) 583.
— durch Injektionen von Hodenextrakt (Hallopeau) 403.
Psoriatische Hauthörner (Gassmann) 142.
Psorospermosis follicularis (Glawsche) 627.
Purpura, Ein Fall von (Crocker) 205.
— als Komplikation von Scharlach (Mac Arthur) 464.
—, Eigentümliche (Bruce und Galloway) 504.
— urticans oder Urticaria petechialis (Fox) 506.
— und Knochenmark (Jaunin) 370.
— rheumatica 506.
— (Peake) 370.
Purpuraeruption im Vorstadium der Mykosis fungoides, Erythrodermie mit (Balzer und Mercier) 626.
Pustula maligna im Gesicht (Erdmann) 591.
Pyoctanin-Quecksilber 112.
Pyocyaneus-Infektion nach einem ulcerösen Ekthyma (Triboulet) 592.
Pyrogallolum oxydatum 112.

Quecksilber, Letal endende Polyneuritis bei einem mit Q. behandelten Syphilitiker (Brauer) 524.
Quecksilberbehandlung, Wert der (Martin) 265.
Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis (Filaretopopulo) 259.
Quecksilberintoxikation und Durchgängigkeit des Nierenfilters (Milan) 401.
— mit letalem Ausgange, Medikamentöse (Holmgren) 424.

Quecksilberpräparate, Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher (Epstein) 529.
Quecksilberschmierkur, Beste Form der (Unna) 93.

Radfahrer-Prostatitis (Arwine) 266.
Raynaudsche Krankheit (Little) 369; (Hutchinson) 560.
— —, lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän (Havas) 570.
Reduzierende Heilmittel (Unna) 114.
Reinfektion, Syphilitische (Thomas) 264.
Resorcinschwarten, Befunde in (Beck) 560.
Retentionscystitis infolge von Prostatahypertrophie (Westervelt) 265.
Rhinoplastik (Shiwult) 447.
Rhodanverbindungen, Therapeutische Wirkung einiger (Rose) 110.
Riesenzellentumoren der Haut (Targett) 636.
Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie (Schiff) 250.
— Dermatitis nach (Plonski) 363; (Crocker) 373; (Ledermann) 623.
Rotlauf der Schweine, Ergebnisse von Immunisierungsversuchen beim (Voges und Schütz) 597.
Rück- und Vorblick (Unna) 1.
Rupia syphilitica universalis (Schwimmer) 404.

Salicin, Behandlung der Hautkrankheiten mit (Crocker) 565.
Salpetersäure, Veränderungen der Haut nach Ätzung mit rauchender (Bargum) 485.
Sandelholzöl, Nachtrag zu meinem Aufsatz über (Bloch) 342.
Sandelöl gegen Blennorrhagie (Arwine) 266.
Sanoform 113.
Sapolentum Hydrargyri (Kaufmann) 629.
Sarcoma cutis, Arsenik bei (Fokin) 102.
— — multiplex idiopathicum pigmentosum (Kracht) 501.
— — — mit Lymphocyste (Dieballa) 635.
— haemorrhagicum, Multiples idiopathisches (Lustgarten) 553.
— des Vorderarmes (Richmond) 635.
Sarcoptes vulpis beim Menschen (Weydemann) 652.
Sarkoide Geschwülste (Joseph) 36.
Savill's Disease, Zwei Fälle von (Colby und Winfield) 366.
Scarlatina, Rückkehr-Fälle von (Niven) 463.
— bei Tieren (Behla) 463.
Scarlatina, Über Diphtheriebacillen bei (Sellner) 463.
—, Purpura als Komplikation von (Mac Arthur) 464.
— und Enteritis, Über die Koexistenz von (Cosgrave) 464.
— und Morbillen, Konkurrierende (Dudley) 465.
—, kompliziert mit Augenaffektionen (Miller) 464.
—, kompliziert mit Typhus (McNaughton) 465.
Scarlatinöse akute Polymyositis (Rothschild) 464.
Schanker, Weicher s. Ulcus molle.
—, Harter s. Initialsklerose.
Schankerförmige Schrunden der Brustwarze (Balzer und Michaux) 101.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlachfieber, Dauer der Infektiosität bei (Neech) 250.
Scheckige Haut (Hamilton) 266.
Schilddrüse s. Thyreoidea.
Schlaf, Psychophysik des natürlichen und künstlichen (Schleich) 322.
Schmerzlose Operationen, Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten (Schleich) 322.
Schutzdecke gegen X-Strahlen (Unna) 494.
Schwefel-Vasogen (Blaschko) 621.
Schweifs, Hautausschläge nach starkem (Perrin) 255.
Schweifsfüfse, Die Pflege der Füfse mit besonderer Berücksichtigung der (Zuelch) 651.
Schwimmeriana (Neisser) 568.
Seborrhoe 30. 33.
— nigricans (Mitchell) 580.
— und Alopecia areata, Sabourauds Arbeiten über (Beck) 30.
Seborrhoische Dermatitis (Savill) 313.
— —, Neue Varietät (Hallopeau und Michaud) 625.
— Follikulitiden und Haarausfall, den sie hervorrufen können (Hallopeau und Laffitte) 101.
Seborrhoisches Epitheliom (McVey) 269.
Seifen, Therapeutischer Wert der antiseptischen (Curzio) 115.
Sepsis nach einem Hordeolum (Guth) 593.
Septikämie, Hautaffektion bei blennorrhoischer (Morris) 376.
— mit Sklerodermа neonatorum (Comba) 650.
Sequester als Fremdkörper in der Harnröhre (Grosglik) 447.
Serumtherapie der Lepra (Carrasquilla) 50; (Buzzi) 51; (Laverde) 52; (Hallopeau) 52.
Sexualempfindung in ihren Beziehungen zum § 175 des Strafgesetzbuches, Die konträre (Cramer) 530.

Skala zur Bestimmung der Dimensionen von Hauteffloreszenzen (Allen) 262.
Skarifikationen, Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von (Audry und Thévenin) 614.
Sklerodermia neonatorum (Garrod) 650.
— und Septikämie (Comba) 650.
— circumscriptum 263.
Sklerodermia (Wagner) 144; (Anderson) 504; (Pringle) 506; Morrow) 554.
— diffusa (Peterson) 649; (Wadstein) 649; (Nikulin) 403.
— guttata (Perry) 505.
— en plaques et en bandes mittelst Elektrolyse behandelt (Brocq) 415.
— und Morphoea (Savill) 503.
— in Verbindung mit chronischen fibrösen Veränderungen in der Schilddrüse mit Angabe der chemischen Analyse der Schilddrüse (Hekken und Wellis) 649.
—, Behandlung der (Philippson) 650.
—, erfolgreich behandelt mit Extractum Thyreoideae (Weber) 650; (Osler) 365. 516.
Sklerose, Ein Fall von tertiärer (Deycke) 520.
Skorbut, Zur Ätiologie des (Nansen) 370.
Skrophuloderma (Elliot) 554.
— und seine Behandlung (Thompson) 269.
Sommereruption Hutchinsons 266. 416.
Soor des weiblichen Genitales (Fischer) 165.
Specula zur Untersuchung des Rectums (Lippmann) 245.
Spermatorrhoea (Boas) 268.
Spindelzellensarkom (Payne) 502.
Sporozoenkrankheiten und Carcinom, Patho- und Histogenese derselben (Bosc) 634.
Staphylococcus haemorrhagicus, ein für Mensch und Tier pathogener Mikrococcus (Klein) 370.
Steinzertrümmerung, Spontane (Levereano) 109.
Sterilisator, Modifizierter Janetscher (van der Poel) 553.
Sterilität beider Geschlechter, Pathologie und Therapie der (Finger und Saenger) 577.
Stomatitis mercurialis, Zur Symptomatologie der (Levin) 194.
Streptobacillus ulceris mollis (Unna), Zur Darstellung des (Loth) 377.
Streptokokken - Daktylitiden, Schubweise auftretende eitrige (Gaston) 102.
Striae atrophicae (Isaac II) 242.
Striktur, Partielle Resektion der Harnröhre kombiniert mit Cystotomia perinealis bei (Baumgarten) 511.
— des Ureters, Operation einer klappenförmigen (Fenger) 157.
— des Orificium externum urethrae und des vorderen Teiles der Harnröhre, Erworbene (Hottinger) 109.
Striktur, Behandlung der (White) 563.
Suggestion und Warzen (Roussel) 636.
Suspensoriumersatz (Gerson) 116.
Sykosis der Oberlippe, Zur Ätiologie und Therapie der (Srebony) 594.
— subnasalis und Ausschnupfen (Unna) 618.
—, Erfolgreiche Behandlung der (Conderman) 263.
Syphilid, Zur Kenntnis des pustulösen (Moeller) 57.
Syphilide, Zur Pathologie der (Ehrmann) 58.
— des Gesichts, Hypertrophische, vegetierende (Emery u. Glantenay) 626.
— in der Umgebung harter Schanker, Abnorme Lokalisation und Entwickelung papulo-erythematöser (Hallopeau) 402.
Syphilis 195.
— (v. Goltz) 552.
—, Atlas der (Mračck) 320; (Chotzen) 320.
—, Blutuntersuchungen in therapeutischer und diagnostischer Beziehung (Justus) 570.
— und Hautkrankheiten, Eosinophile Zellen im Blute bei (Peter) 143.
—, Bedeutung der Döhleschen Methode für die Diagnose der (Küsel) 627.
—, Persistenz der histopathologischen Gewebsveränderungen bei (Hjelmman) 523.
—, Färbung von Organismen in syphilitischen Geweben und die Übertragbarkeit der S. auf Meerschweinchen (Doehle) 61.
—, Darf man aus der erfolgreichen, spezifischen Behandlung immer auf das Vorhandensein von S. schliefsen (Fournier) 258.
— als bakterielle Infektionskrankheit (Mac Gillary) 461.
—, Sind die tertiären Produkte der S. infektiös oder nicht (v. Zeissl) 520.
— ohne Schanker (Hutchinson) 559.
—, Wahrnehmung der Härte des Schankers mit einem Finger (Aubert) 56.
—, Extragenitale Infektion mit (Speranski) 103.
—, Symptomatische Anomalien des syphilitischen Schankers und der Syphilide (Barthélemy) 57.
—, Neue Ansichten über die (Stanasso) 59.
—, Über die Dauer der Ansteckungsperiode der (Campana) 59.
—, Wann dürfen Syphilitische heiraten? (Finger) 60.
— nebst Bemerkungen über Ptyalismus (Drennen) 476.
— insontium (Lesser) 60.
— der Kinder auf dem Lande (Baratier) 258.

Syphilis bei den vagabondierenden Prostituierten Moskaus, Statistik der (Serebrjakoff) 103.
—, Zur Austilgung der (Kromayer) 462.
— maligna. Zur Kenntnis des pustulösen Syphilides (Moeller) 57.
—, Was versteht man unter maligner und galoppierender (v. Zeissl) 520.
— tarda (Shoemaker) 264.
— —, Zur Kasuistik der (Sterling) 143.
— und deren Behandlung, Spätformen der (Knight) 477.
—, Über die Augenerkrankungen in der Frühperiode der (Wilbrand und Staelin) 478.
—, Ikterus im Frühstadium der (Arnheim) 436; (Moxter) 478.
— leontiasiformis (Schwimmer) 105.
— im Rachen und deren Behandlung, Die Folgezustände der (Nichols) 478.
—, Zungenaffektion bei sekundärer (Hutchinson) 562.
—, Studien über gummöse [„tertiäre“] (Grön) 576.
— oder Lupus? (Silberstein) 621.
—, Lichenoide (Du Castel) 625.
—, Sekundäre, und Incontinentia urinae (Winfield) 414.
—, Pustulo-ulcerative (Morton) 412.
—, Recidivierende (Du Castel) 400.
— tubero-ulcerosa (Török) 107.
— mit Facialisparalyse und Taubheit (Hutchinson) 560.
—, Paraplegie nach (Hutchinson) 561.
— und Trauma (Haan) 258.
— und Zona (Jullien) 566.
— der Lunge (Carruccio) 478.
— des Nervensystems, Behandlung der (Mink) 269.
— der Nieren (Holmes Greene) 261.
— der Pfortader (Seitz) 60.
— der Prostata (Rochon) 519.
— des Uterus (Legrain) 555.
— der Wirbelsäule (Staub) 519.
— hereditaria (Hutchinson) 559; (Thibierge) 402; (Fournier) 101; (Barthélemy) 401.
— —, Übertragung auf die vierte Generation (Ogilvie) 147.
— — und kongenitale Mifsbildungen (Barthélemy) 626.
— —, Neue Theorie der kongenitalsyphilitischen Frühaffekte (Hochsinger) 520.
— — mit Gehirnläsionen (Rocca) 148.
— — und Hysterie (Fournier) 310.
— —, Läsionen des Nervus opticus bei (Sauvineau) 624.
— —; Incontinentia urinae (Baudouin) 499.
— —, kombiniert mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen Pemphigus gangraenosus (Manchot) 522.
Syphilis hereditaria Neugeborener, Behandlung mit Injektionen von Hg-Salicyl (Korolew) 521.
— —, Kongenitale Amputationen; Syndaktylie bei einem von einem syphilitischen Vater abstammenden Kinde (Gastou) 624.
Syphilisähnliche papulo-erythematöse Eruption (Eudlitz) 399.
Syphilisbehandlung (Whitla) 248.
—, Die abortive (Pontoppidan) 272.
—, Der letzte Fortschritt in der (Busdragghi) 267.
— und Balneotherapie (Neisser) 526; (Vollmer) 527.
— und Hydrotherapie (Breyer) 527.
—, Kalomelinjektionen bei (Jullien) 530.
—, Orthoform bei der subcutanen Behandlung der (Tschernogubow) 310.
—, Wert der Quecksilberbehandlung (Martin) 265.
—, Wert der Quecksilbereinspritzungen bei (Filaretopopulo) 259.
—, Zur Frage der Behandlung mit Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate (Epstein) 529.
—, Hämo- und Serotherapie bei (Jullien) 500.
—, Gegenwärtiger Stand der Serumtherapie bei (Sack) 529.
—, Veränderungen des Blutes bei der Serotherapie (Wewiorowsky) 62.
— mit Somatose (Metall) 528.
—, Wert der intramuskulären 5%igen Sublimatinjektionen (Lukasiewicz) 529.
Syphilisinfektion, Extragenitale (Immerwahr) 241.
Syphilitiker, Letal endende Polyneuritis bei einem mit Hg behandelten (Brauer) 524.
—, Lichenartige Eruption auf der Mundschleimhaut bei einem (Danlos) 498.
Syphilitische Übertragung nach 20jähriger Ehe und 30jähriger Infektion (Kromayer) 146.
— Reinfektion (Thomas) 264; (Speranski) 627; (Ustinow) 628.
— Ausschlag bei einem Kinde, Ungewöhnlicher (West) 476.
— Gummata der Lippe (Regensburger) 267.
— Ikterus, Pathologie des (Werner) 477.
— Keratitis hereditaria (Burchardt) 522.
— Keratosis plantaris (Pringle) 315.
— Leukoderma (Hjelmman) 145.
— Leukomelanodermia bei den Eingeborenen Algiers (Gémy und Raynaud) 260.
— Neurasthenie (Fournier) 522.
— Neuritis multiplex im Sekundärstadium (Grosz) 526.

Syphilitische Pseudo-Tumoren (Martel) 511.
— Psychosen (Postovsky) 524.
— und tuberkulöses Geschwür, Differentialdiagnose ex juvantibus (Augagneur) 54.
Syringomyelie und Lepra (Goldscheider) 552.

Talgdrüsen, eine Form rudimentärer (Pinkus) 141.
Tannoform 113.
Tarsalgie, doppelte und symmetrische Lipome des Fufssohlengewölbes (Féré) 639.
Teleangiektasie 141.
Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Ledermann) 517.
Thioform, Behandlung der Verbrennungen zweiten und dritten Grades mit (Radkewitsch) 371.
Thiol (Wirz) 427.
Thyreoidextrakt bei Sklerodermie (Osler) 365. 516.
Thyreoidwirkung bei Gesunden und Strumakranken (Gava, Israi und Vas) 427.
Tierfette, Chemie der (Amthor und Zink) 218.
Tinea circinata (Fox und Blaxall) 364.
— ungium (Stowers) 312.
Toxine, Bedeutung derselben in der Dermatologie (Hallopeau) 255.
Trichophytia Gruby (Sabouraud), Ein in Parma beobachteter Fall von (Mibelli) 225.
— (Mibelli und Bodin) 38.
—, Ichthyol bei der (De Amicis) 589.
— und Favus (Unna) 587.
—, Behandlung mit Formaldehyd (Roberts) 588.
Trichophyton, Pleomorphismus und Pluralität des (Carruccio) 148.
Trichorrhexis nodosa (Pringle) 316; (Panichi) 647.
Tripper s. Blennorrhoe.
Trophische Störungen des Gesichts und des Mundes, Einseitige (Morel-Lavallée) 257.
Tuberkelbacillus im Urin (Bryson) 411.
—, Über die aktinomycesähnliche Form des (Babes und Levaditi) 56.
Tuberkulide, Akute (Gastou) 624.
Tuberkulin R., Therapeutische Verwendung des (Scheuber) 358. 510.
—, Genital- und Hauttuberkulose, behandelt mit (Seeligmann) 53.
—, Erfahrungen bei der Anwendung des neuen Kochschen (Doutrelepont) 474.
— T. R. bei Behandlung des Lupus und der Blasentuberkulose (van Hoorn) 474.
Tuberkulosis cutis (Glawsche) 627; (Kracht) 628.
— — follicularis (Kracht) 501.
— — miliaris s. T. propria cutis et mucosae (Kaposi) 52.
— — ulcerosa (Schwimmer) 405.
— — verrucosa (Moynihan) 55.
— —, Exantheme der [„Tuberculides" Darier] (Boeck) 253. 358. 509.
— — des Gesichts, behandelt mit Tuberkulin R. (Lustgarten) 553.
— — des Lides und der Caruncula lacrymalis, Primäre; Ausbreitung auf Lungen und Kehlkopf. Tod. (Armignac) 55.
— der Lymphgefäfse der Extremitäten (Jordan) 54.
— der Mundhöhle (Kracht) 403.
— in den Nieren, Werlhofsche Krankheit nebst lokaler, chronischer (Hoke) 371.
—, Kalomelbehandlung bei (Glawsche) 309.
Tuberkulöse Infektion des lymphoiden Gewebes im Pharynx etc. (Wright) 54.
— Hauterkrankungen, Allgemeine Pathogenese derselben (Marschalkó) 571.
Tuberkulöser Lupus, geheilt durch Kalomelinjektionen (Dubois-Havenith) 102.
Tuberkulöses Geschwür der inneren Wangenfläche (Carrière) 54.
— und syphilitisches Geschwür, Differentialdiagnose ex juvantibus (Augagneur) 54.
Tumor [Acanthoma?] der behaarten Kopfhaut, Kongenitaler (Ballantyne) 146.
— der Haut, Melanotischer (Carless) 504.
Tumoren, behandelt durch Injektion der Toxine des Streptococcus erysipelatis, Bösartige (Roncali) 633.
—, Syphilitische Pseudo- (Martel) 511.
—, Über die infektiöse Wirkung der Blastomyceten der malignen (Sirleo) 633.
Tunica muscularis der Blase (Versari) 319.
Tysonsche Drüsen des Menschen (v. Koelliker) 41.
—, Über die vermeintlichen (Stieda) 41

Ulcera, behandelt mit Oxygen (Stoker) 599.
—, Chronische, behandelt mit Hauttransplantation nach Thiersch (Parrot) 643.
— cruris, Behandlung der chronischen (Langsdorff) 643.
— —, Konservative Behandlung ausgedehnter (Kretz) 643.
— tuberculotica introitus vaginae (Havas) 409. 448.
Ulceration der Wange (Baudoin) 399.
Ulcerationen des Beines, Papillomatöse (Du Castel) 101.
Ulcus cruris 198. 199.

Ulcus cruris, Kurative Wirkung des Kalomels in intramuskulären Injektionen bei (Gastou und Anghelovici) 499.
— — varicosum, Behandlung des (Thomas) 644.
— — —, Methode von Moreschi bei der Behandlung des (Turazza) 643.
— induratum palpebrae superioris dextrae (Pospelow) 103.
— molle, Flache Abtragung als Behandlungsmethode des (Unna) 295.
— — und Krebsgeschwür der Scheide, Zur Differentialdiagnose zwischen (Orlow) 595.
— rodens (Kreibich) 508.
— venereum phagedaenicum (Balzer) 40.
Ulerythema centrifugum 198. 253.
— — (Galloway) 314.
— —, Akutes (West) 317.
— — corneum (Schwimmer) 103.
— — disseminatum (Cavafy) 314.
— —, Lokale Asphyxie mit Acne necrotica und (Mackenzie) 504.
Unguentum hydrargyri cinereum (Miehle) 425.
Ureter, Bemerkungen über die Lage des (Waldeyer) 42.
—, Über einen steckengebliebenen Stein im (Lloyd) 157.
—, Operation einer klappenförmigen Striktur desselben (Fenger) 157.
Ureteren, Verlauf der (Funke) 156.
—, Katheterisation der (Hottinger) 157.
Ureterencystoskop, Neues (Albarran) 206.
Ureterkatheterismus und Cystoskopie, ihre Bedeutung für die Diagnose der Nierenkrankheiten und die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen (Casper) 156.
Urethra, Doppelte (Delbet) 456.
—, Eine neue Kanüle für die Spülungen der Pars anterior der (De Mendoza) 556.
—, Verschlufsapparat für die U. zum Zwecke von Verweilinjektionen (Schiff) 344.
Urethralspitze, Neue (Lanz) 166.
Urethritis, Chronische spezifische (Doad) 270.
—, Granulöse (Talley) 267.
—, ihre Ursache und Behandlung (Moehlan) 268.
— herpetica und Herpes urethralis als Komplikation des Herpes genitalis (Le Fur) 43.
—, Die Ausspülungen in der Behandlung der (Behagel) 384.
Urethroplastik bei vollständiger Hypospadie (Lewis) 270.
Urethro-Rectal-Fistel (Tuttle) 410.
Urethrotom Albarrans (van der Poel) 553.
Urobilinurie, Experimenteller Beitrag zum Studium der Genese der (Giarré) 161.
Urocyanin, ein neuer Harnbestandteil (Cotton) 162.
Urologischer Untersuchungs- und Operationstisch (Kollmann) 109.
Urometer für geringe Harnmengen, Neues (Jolles) 157.
Urometrische Untersuchungen von A. Jolles, Bemerkungen zu denselben (Lohnstein) 158.
Urotropin, Experimentelle und klinische Beobachtungen über (Casper) 363.
Urticaria 266.
— bullosa (Malyscheff) 41.
— chronica infantum (Pontoppidan) 369.
— factitia (Savill) 314.
— haemorrhagica (Hutchins) 263.
— petechialis oder Peliosis urticans (Fox) 506.
— pigmentosa (Fox) 316.

Vaccination in Nieder-Österreich (Mitscha) 470.
—, Einige Thatsachen betreffs der (Patterson) 470.
— und Lupus (Liebreich) 471.
Vaccineimpfungen, Über die Form und Färbbarkeit der Zelleinschlüsse bei (Wasielewski) 471.
Vagina, Zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Krebsgeschwür der (Orlow) 595.
Varicella gangraenosa (Perry) 206.
— im Verein mit Keuchhusten, Hämorrhagische (Jewett) 413.
—, Suffokatorische Laryngitis bei (Harley) 467.
Variola, Die Übertragung der V. auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine (Freyer) 469.
— und die Immunität der Geimpften, Ansteckungsgefahr bei (Dietrich) 468.
—, Ichthyol bei (Kolbossenko) 469.
—, Mehrere Fälle von echten (Dietrich) 468.
— oder Windpocken (Lenhartz) 467.
— und Vaccination in England (Humphrey) 469.
Variolavaccine-Frage, Über den heutigen Stand der (Freyer) 469.
Vasektomie oder Durchschneidung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie (Harrison) 265.
Verbrennungen, Historisches zur Therapie der (Bloch) 362.
—, Behandlung mit Thioform (Radkewitsch) 371.
—, behandelt mit Pikrinsäure (Ssila-Novitzky) 371.
Verschlufsapparat für die Harnröhre zum Zwecke von Verweilinjektionen (Schiff) 344.

Vesicovaginalfistel, Nahtmethode in drei Etagen bei (Assaky) 165.
Vesiculitis seminalis und Prostatitis [postblennorrhoica] (Swinburne) 515.
Vitiligo 263.
— (Malyscheff) 41; (Hamilton) 266.
—, Ungewöhnlicher Fall von (Lieberthal) 264; (Reinhard) 647.
Vulvae, Kraurosis (Pichevin und Pettit) 164.
—, Elephantiasis (Kötschau) 164.
Vulvovaginaldrüse und ihre Eiterungen (Dujon) 163.

Warzen und Suggestion (Roussel) 636.
Warzenbildung auf Grundlage eines Lichen ruber planus (Lion) 201.
— nach Psoriasis, Multiple (Gassmann) 142.
Warzenform der Fufssohle und des Handrückens, Ungewohnte (Melchior-Robert) 257.
Wasser, Heifses, seine therapeutische Anwendung besonders bei Hautkrankheiten, (Rosenthal) 216.
Wechselstrom und hochgespannte Ströme bei Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute (Oudin) 169.
Werlhofsche Krankheit nebst lokaler, chronischer Tuberkulose in den Nieren (Hoke) 371.
— — malarischen Ursprungs mit Recidiv (Tschuprin) 371.

Xanthelasma der Ober- und Unterlippe und der Wangenschleimhaut (Dyer) 262.
Xanthoma diabeticorum (Walker) 147; (Abraham) 313; (Grant) 503.
— —, Diabetes mellitus mit (James und Walker) 638.
Xanthoma, Multiples papulo-tuberkulares (De Amicis) 565.
— planum et tuberosum universale (Havas) 105.
Xeroderma pigmentosum (Danlos) 40.
Xerodermia, Kongenitale (Stowers) 312.
Xeroform, Praktische Erfahrungen mit (Goliner) 428.
X-Strahlen-Dermatitis (Ryan) 313.
X-Strahlen, Schutzdecke gegen (Unna) 494.

Yaws (Hutchinson) 559. 561.

Zahnfleisch, Initialsklerose am (Bruhns) 398.
Zellkerne. Beruht die Färbung der Z. auf einem chemischen Vorgange oder nicht? (Mayer) 210.
Zona und Syphilis (Jullien) 566.
Zoster 187.
—, Ätiologie des (Hay) 260.
— unterhalb des Knies (Eccles) 375.
— cervicalis, kompliziert mit totaler Facialisparalyse (Frich) 375.
— gangraenosus atypicus hystericus (Isaac II) 623.
Zuckerausscheidung in den Organen, speziell in der Niere, Methode zum Nachweis lokaler (Seelig) 163.
Zunge, Dermoidcyste der (Kiliani) 659.
—, Erythema und Herpes der (Schwimmer) 531.
—, Initialsklerose der (Foot) 553.
—, Lymphangioma circumscriptum der (Schwimmer) 531.
Zungenaffektion bei sekundärer Syphilis (Hutchinson) 562.
Zungenerkrankungen, Einige seltenere (Schwimmer) 531.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abraham, Multipler Lupus 313.
— Xanthoma diabeticorum 313.
— Fall zur Diagnose 503.
— 313. 314.
Abranitscheff 169.
Adami 590.
Adamkiewicz 545.
Addison 640. 641.
Adler, R., Formaldehyd gegen Schweifsfufs 111.
— 111.
Aemmer, Ein Fall von Wismutintoxikation durch Airol 218.
Alapi, Periurethraler Abscefs und blennorrhoische Striktur bei einem elfjährigen Knaben 406.
— Ein Fall von Lithotripsie bei einem Knaben 406.
— Über Lithothripsie im Kindesalter 569.
— 407.
Albarran, Ein neues Ureterencystoskop und dessen Anwendung 206.
— und Hallé, Bemerkungen zu Rovsings klinischen und experimentellen Studien über die infektiösen Krankheiten der Harnwege 556.
— und Motz, Experimentelle und klinische Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Operationen am Hoden und seinen Adnexen 450.
Albert 407.
Albertin, Anurie infolge eines Steines und Vorhandenseins nur einer Niere 554.
Albespy, Anurie geheilt durch Einspritzungen in die Blase mittelst borsäurehaltiger Abkochung von Belladonnablättern 159.
Aleutz, Sydney, Beitrag zur Kenntnis der Kälte- und Wärmepunkte der Haut 209.
Alexander 479.
Alger, E. M., Zur Behandlung der Muttermäler 657.
Alibert 263. 299. 300. 301. 306. 349. 350. 353. 356.
Allen, Ch. W., Eine Skala zur genaueren Bestimmung der Dimensionen von Hautefflorenscenzen 262.
— Fall von Morphoea 507.
— Fall von disseminiertem Carcinom des Rumpfes 353.
— 247. 554.
Allen, G. W. und F. Cotton, Ein Fall von Hernia testis 150.
Allison, T. M., Hyperpyrexie bei Masern 465.
Almy 38. 229. 234.
Alpár, Referat 659.
— s. Aschner.
de Amicis, M., Über einen eigentümlichen Fall von Naevus verrucosus pigmentatus universalis 656.
De Amicis, T., Über einen neuen Fall von multiplem papulo-tuberkularen Xanthom 565.
— Über den Gebrauch des Ichthyols bei der Trichophytie 589.
— 6. 627.
Amthor und Zink, Beitrag zur Chemie der Tierfette 218.
Andeer 7.
Anderson, M'Call, Hydroa aestivale bei zwei Brüdern, kompliziert mit der Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin 207.
— 142. 562.
Anderson, William, Ein Fall von „Angio-Keratoma“ 557.
— Fall von Sklerodermie 504.
— 504.
Andrews, Vier neue Operationen von seniler Prostatahypertrophie 265.
Andriani, Beitrag zur Behandlung der

chronischen Urethralblennorrhoe mit Sublimat 168.
Anghelovici und Gaston, Kurative Wirkung des Kalomels in intramuskulären Injektionen bei Ulcus cruris 499.
Antonelli 624.
Apostoli 174.
Appel 8.
Archangelskaja, Veränderungen der Geschlechtssphäre bei den Prostituierten 447.
Arctander, Hautkrankheit, hervorgerufen durch die Primula obconica 256.
— Erythem hervorgerufen durch Primula obconica 368.
Armaignac, Primäre Tuberkulose des Lides und der Caruncula lacrymalis. Ausbreitung auf die Lungen und Kehlkopf. Tod 55.
*Arnheim, Alfred, Zur Kasuistik des Ikterus im Frühstadium der Syphilis 436.
D'Arsonval 170. 174. 175. 176. 177.
Arwine, Radfahrer-Prostatitis 266.
Aschner, A., Ein Fall von Psoriasis atypica 408.
— Ein Fall von Lingua geographica bei einem Säuglinge 408.
— Ein Fall von beiderseitiger Orchitis, Epididymitis und Funiculitis gummosa 409.
—, Referate 56. 109. 409. 428. 519. 532. 587. 588.
— s. Alpár.
Ashmead, Albert A., Unterdrückung und Verhütung der Lepra 208.
— Behandlung des Herpes progenitalis 271.
— Leprakenntnis der Japaner im 17. Jahrhundert 457.
— Existiert ein Unterschied zwischen Infektion oder Kontagiosität der Lepra 269.
Assaky, Nahtmethode in drei Etagen bei Vesicovaginalfistel 165.
Asselbergs, Über die Wirkung von Kalomeleinspritzungen bei Lupus und anderen nicht syphilitischen Hautleiden 318.
—, Wirkung der Kalomelinjektionen bei Lupus 474.
Assendelft 407.
Atenjanz 502.
Atkinson 360.
Aubert, Wahrnehmung der Härte des Schankers mit einem Finger; Touchieren mit einem Finger 56.
Audrain 534.
*Audry, Ch., Über das Erythema induratum Bazins 481. 511.
— Disseminierte Hautgangrän nach Mifsbrauch von Jodkalium 256.
— Über ein recidivierendes Erythem der Extremitäten nebst einem Versuch, die verschiedenen Formen der Akrodermatitis zu klassifizieren 260.
Audry, Ch. 6. 7. 8. 9. 13. 14. 557.
*— und Thévenin, Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von Skarifikationen 614.
Aufrecht, Über Alapurin der Nord deutschen Wollkämmerei zu Bremen 219
Augagneur, Zur Differentialdiagnos „ex juvantibus" zwischen syphilitischen und tuberkulösen Geschwüren 54.
Auspitz 1.
Axford 375.

Baas 252.
Babès 637.
— und Levaditi, Über die aktinomycesähnliche Form des Tuberkelbacillus 56.
Baccelli, Über die Malariahämoglobinurie 161.
Backerzowsky 500.
Baelz 7.
Bärensprung 654. 655.
Bäuerlein 479.
Ballantyne, J. W., Kongenitaler Tumor (Acanthoma?) der behaarten Kopfhaut 146.
Ballin 535.
Ballowitz, E., Über Sichelkerne und Riesensphären in ruhenden Epithelzellen 211.
Balzer, Bandförmige lichenoide Eruption 496.
— Ein Fall von Ulcus venereum phagedaenicum 40.
— 189. 303.
— und Griffon, Der Streptococcus als konstantes pathogenes Agens der Impetigo und des Ekthyma 584.
— und Mercier, Lichenoide Neurodermitis in Bandform längs dem Verlaufe des Nervus glutaeus inferior 501.
— — Onychogryphosis hypertrophica 626.
— — Fall von Erythrodermie mit Purpuraeruption im Vorstadium der Mykosis fungoides 626.
— und Michaux, Schankerförmige Schrunden der Brustwarze 101.
— Gaucher und Milian, Melanotische Lentigo 40.
Baneden, E. von 211.
Baratier, A., Die Syphilis der Kinder auf dem Lande 258.
— Die Geschlechtskrankheiten auf dem Lande 258.
Barbe, Spät aufgetretene Plaques muqueuses 401.
Barbet 53.
Baretta 346. 347. 348. 355. 356.

*Bargum, Über die Veränderungen der Haut nach Ätzung mit rauchender Salpetersäure 485.
Barié 534.
Barlow 130. 134. 421. 454.
Barthélemy, Symptomatische Anomalien des syphilitischen Schankers und der Syphilide 57.
— Bemerkung über die syphilitische Heredität 401.
— Freundschaft und Dermatologie 565.
— Hereditäre Syphilis und kongenitale Mifsbildungen 626.
— Beobachtung des Anfangsstadiums einer Diabetidenart der Genitalgegend beim Manne 648.
— 4. 177. 184. 187. 188. 189. 192. 260. 399. 498.
— und Hallopeau, Mykosis fungoides 402.
Bartholini 424. 551.
Basch, Ein Fall von Porokeratosis (Mibelli) 569.
Basedow 503.
Bateman 299. 351.
Baudoin, Ulceration der Wange 399.
Baudouin 534.
Baumann 6. 428.
v. Baumgarten, P., Partielle Resektion der Harnröhre bei Striktur, Kombination mit Cystotomia perinealis 511.
— 14.
— und F. Tangl, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 323.
Bazin 13. 212. 267. 299. 346. 352. 353. 354. 481. 484.
Beatty 18.
Beaucamp, Amyloform 111.
— 111.
*Beck, C., Briefe aus Paris II. Sabourauds Arbeiten über die Alopecia areata und Seborrhoe 30.
— Ein Fall von partieller Gangrän nach Exstirpation eines Aneurysma popliteum dissecans 645.
— Über Befunde in „Resorcinschwarten" 569.
— 13. 16. 304. 308.
*Behaegel, Über die Ausspülungen in der Behandlung der Urethritis 384.
Behla, Robert, Über das Vorkommen von Scharlach bei Tieren 463.
Behrend, G., Über die Blennorrhoebehandlung Prostituierter 550.
— 196. 443. 550.
Behring 285. 597.
Benario 130. 133. 134. 135. 285.
Benda 360.
van Beneden 42.
Beneke 64.
Beniqué 44.
Benson 360.
Bergengrün, P., Über den Sitz der Leprabacillen in der Atmungs-Schleimhaut etc. 360.
Bergh, Chr., Über Acne rosacea, ihre Ätiologie und Behandlung 594.
Bergh, R., 5. 6.
Bergmann, A. von, Erwiderung auf den Vortrag des Herrn Prof. Kaposi: „Zur Frage der Kontagiosität und Prophylaxis der Lepra" 360.
v. Bergmann 256.
Berliner, Carl, Referate 56. 115. 143. 146. 148. 154. 157. 160. 163. 206. 207. 250. 254. 262. 314. 317. 358. 363. 365. 367. 369. 370. 371. 374. 375. 411. 412. 417. 422. 464. 465. 467. 470. 476. 504. 506. 507. 511. 516. 553. 554. 558. 564. 588. 595. 596. 597. 599. 635. 636. 638. 639. 640. 641. 644. 645. 646. 650.
— 4. 7.
Berlese, A., 238.
Berlese, N., 238.
Bernard und Brocq, Hämato-Lymphangioma der Zunge und des Gaumensegels 40.
Bernhardt, Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel 597.
Berry, F. C., Subcutanes Emphysem im Gefolge von Masern 467.
Bertherand und Leredde, Neurofibromatose 311.
Besnier, E., Welche Rolle spielen Vererbung und Ansteckung bei der Verbreitung der Lepra? 255.
— 5. 176. 225. 307. 331. 348. 353. 354. 355. 399. 400. 481. 497. 498. 506. 507. 542. 543. 544. 647. 656.
Beyer, Th., Bismuthum tribromphenolicum 111.
— 111.
Bier, Heilwirkung der Hyperämie 214.
Biermer 437.
Biett 299. 300. 329. 351. 352.
Billroth 645.
Binz 292.
Bishop 590.
Bizzozero 579.
Blacker, G. F., Oedema neonatorum 505.
Blaine, Zwei seltene Fälle in der Dermatologie 263.
Blaschko, Angiome 200.
— Über eine Schul- und Hausepidemie von Alopecia areata 550.
— Schwefel-Vasogen 621.
— Bromexanthem 622.
— 9. 35. 36. 61. 203. 242. 244. 396. 397. 399. 621. 622. 623. 655.
Blaxall, F. R. und C. Fox, Bemerkungen über zwei Fälle von Tinea circinata 364.
Blitzer 639.

*Bloch, Iwan, Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung 124.
*— Nachwort zu meinem Aufsatz „Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung“ 196.
*— Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper nebst einigen allgemeinen Bemerkungen 284.
*— Nachtrag zu meinem Aufsatz über Sandelholzöl 342.
— Historisches zur Therapie der Verbrennungen 362.
— Referat 639.
— 339.
Bloebaum, F., Die galvanokaustische Glühnadel, ein Mittel zur Beseitigung lästiger Haare 657.
Blum 198.
Blumenthal 641.
Blumenthal, F. und O. Huber, Über die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel) 462.
Blunser 407.
Boas, Spermatorrhoea 268.
Bockhart 7. 13. 14. 239.
Bodin 229. 234.
— und Mibelli, Über einen in Parma beobachteten Fall von Herpes tonsurans Gruby Sabouraud 38.
Boeck, C., Die Exantheme der Tuberkulose („Tuberculides“ Darier) 253. 358. 509.
— Ein Fall von Acanthosis nigricans („Dystrophia papillaris et pigmentosa“) 637.
— 4. 5. 7. 8. 15. 576.
Bogomolow, Th. J. und Wassilieff, Karminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweifsarten 214.
Bonjour 636.
Bonnet 42.
Bononi 176.
Boros, Ein Fall von Makrodaktylie der grofsen und zweiten Zehe des rechten Fufses 658.
Bosc, Patho- und Histogenese des Carcinoms und der Sporozoenkrankheiten 634.
Botkin, Zwei Fälle Addisonscher Krankheit 640.
Bottini, die galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie 511.
— 448.
Bouffé, Behandlung der Psoriasis mit Orchitininjektionen 583.
Bougard 634.
Bowen, John T., Ein Fall von Keratosis follicularis (Dariersche Krankheit) 318.
Bradles, Haarentzündung infolge von Vergiftung durch Pflanzen 271.
Bradshaw, Addisonsche Krankheit 640.
Bramwell Byrom, Zwei Vorlesungen über Morbus Addisonii 640.
Brandt 9.
Brasch, Martin 535.
Brauer, L., Letal endende Polyneuritis bei einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen 524.
Braun, J., Über die Behandlung der persistierenden Pigmentosen im Gesichte 642.
— 652.
Brehm 143.
Breyer, Syphilis und Hydrotherapie 527.
Brieger 597.
Brigidi 12.
Brigii 238.
Brik 448.
Briquet, Wann sind die Jodsalze anzuwenden, und welches Salz verdient den Vorzug? 259.
Brocchieri, Das Rückenmark in einem Falle von Pemphigus simplex 148.
Brock 245.
Brocq, L., 110 Fälle von Hypertrichose mit Elektrolyse behandelt 255.
— Die Behandlung der Sklerodermie en plaques et en bandes mittelst der Elektrolyse 415.
— 5. 6. 39. 243. 244. 307. 331. 354. 355. 399. 400. 498. 535. 573.
— und Bernard, Hämato-Lymphangioma der Zunge und des Gaumensegels 40.
Broes van Dort 4.
Broese 196. 551.
Bronson, Fall zur Diagnose 507.
— 554.
Brooke 4. 5. 7.
Brosin 5.
Broussais 351.
Browne 375.
Bruce, J. M. und Galloway, Fall von eigentümlicher Purpura 504.
Brueck 464.
Bruhns, Primäraffekt am Zahnfleisch 398.
— Zwei Fälle eigentümlicher Hautatrophie 398.
— 399.
v. Brunn, A., Handbuch der Anatomie des Menschen. V. Band. I. Abt. Haut. 154.
Bruno 142.
Bruns, Hugo, Über die Fähigkeit des Pneumococcus Fränkel, lokale Eiterungen zu erzeugen 211.
Bruns, P., 434. 631.
Bryce, P. H., In wieweit sind Zwangsmafsregeln zur Eindämmung und Verhütung der Masern und des Keuchhustens von praktischem Werte? 249.
Bryson, J. P., Klinische Beobachtungen über bewegliche und dislocierte Niere 410.

Bryson, J. P., Ein Beitrag zur Entdeckung des Tuberkelbacillus im Urin 411.
Buchheim 65.
Buchner, H. 285.
Buchwald 398.
Buck 16.
Buelau 650.
Buffo, P. 238.
Bulkley, L. D., Über die nichtchirurgische Behandlung von Furunkeln, Karbunkeln und Nagelentzündungen 246.
— 6. 60. 61. 217. 249. 267. 506. 507. 582. 659.
Burchardt, Fälle von Keratitis luetica hereditaria 522.
— 636.
Burdillon 582.
Buri 4. 12. 470. 471.
Burnett 150.
Burow 591.
Busch 419.
Buschke, Radikalexstirpation des Lupus und die Bedeutung des alten Kochschen Tuberkulins 37.
196. 201. 202. 203. 552.
Busdragghi, Der letzte Fortschritt in der Syphilisbehandlung 267.
Buzzi, F., Vorläufige Mitteilung über einen mit Carrasquillaschem Serum behandelten Fall von Lepra 51.
— 4. 7. 154. 395.

Cabot 265. 448.
Calderone, Die Giftigkeit des Urins und des Blutes bei Leprösen 418.
Callari, Über die Thermotherapie der Blennorrhoe, Spülungen mit hoher Temperatur 167.
Campana, Über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis 59.
Campee Corredor 47.
Cannarsa, Saverio, Über eine seltene, wahrscheinlich parasitäre Dermatose 236.
Canon 144.
Cantrell, Das Ekzem des Nabels und dessen Behandlung 581.
— Einige Drogen der dermatologischen Praxis 456.
Cardarelli 238.
Carless, Fall zur Diagnose 315.
— Ein Fall von Aktinomykosis 316.
— Fall von melanotischem Tumor der Haut 504.
Carrasquilla, Juan de Dios, Serumtherapie der Lepra 50.
— 47. 52. 264. 497.
Carrier, Akne-Behandlung 263.
Carrière, Tuberkulöses Geschwür der inneren Wangenfläche 54.
Carruccio, Über den Pleomorphismus und die Pluralität des Trichophyton 148.
— Lungensyphilis 478.
Caspary 535.
Casper, Leopold, Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen 156.
— Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe 166.
— Experimentelle und klinische Beobachtungen über Urotropin 363.
—, Ein neues Operationscystoskop 629.
— 127. 157.
Du Castel, Elephantiasis des Penis 400.
— Recidivierende Syphilis 400.
—, Lichenoide Syphilis 625.
—, Papillomatöse Ulcerationen des Beines 101.
— 303. 311. 399. 498. 535.
— und Leredde, Mykosis fungoides nach dem Typus der Pityriasis rubra 499.
Casteret, Median gelegener Bubo der Regio suprapubica 600.
Cathélineau, Bemerkung über 18 Fälle von eruptiven Erscheinungen nach Gebrauch einer paraphenylendiaminchlorhydrathaltigen Haartinktur 311.
Cattaneo, C., Beitrag zum Studium der Indikanurie bei Kinderkrankheiten 162.
Cattani 534.
Cavafy, Lupus erythematosus disseminatus 314.
— 4.
Cazenave 299. 351. 352. 353. 354.
Celsus 362.
Chaix, Behandlung der Urethritis blennorhoica beim Weibe mit Ichthyolstäbchen 167.
Charcot 182.
Charrin 174. 176.
Chassaignac, Ch., Vorläufiger Bericht über die Anwendung von Natriumhypochloridlösung bei der Blennorrhoe 261.
Chassart 441.
Chassiotis 5.
Chatzky 169.
Chausit 354.
Chiari 52.
Chiodera 161.
Chismore 411.
Cholodkowsky 142.
Chotzen, M., Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte 320.
Chursch 106.
Cipriani, A. G., Der Favismus und seine Behandlung 587.

Citron, Albert, Über Formaldehyd im Harn nach Urotropingebrauch 448.
Claremont 534.
Clasen 7.
Cloetta 422.
*Cohn, Moritz, Historische Streifzüge. (Celsus VI. Teil) 96. (Celsus VII. Teil, Schluſs) 392.
— 12, 33.
Cohn, Paul, Zur Frage der Blennorrhoebehandlung 364.
Cohnheim 11. 66. 67. 72. 73. 75. 89. 90. 91. 92. 93. 213.
Coignet 177.
Colby, Erythema exsudativum multiforme Hebra 458.
— und Winfield, Zwei Fälle von „Savill's Disease" (Dermatitis epidemica) 366.
Coley, W. B. 247. 419.
Colhoun 213.
Collan, V., Ein Fall von Dystrophia papillaris et pigmentosa (Acanthosis nigricans) 637.
Collardeau 189.
Collin 406.
Colombini 5.
Comba, Zwei Fälle von Septikämie mit Skleroderma neonatorum 650.
Conderman, Erfolgreiche Behandlung der Sykosis 263.
Corlett, W. Th., Ein Fall von spontaner Gangrän der Haut 152.
— Die Wichtigkeit der allgemeinen thérapeutischen Maſsnahmen bei der Behandlung von Hautkrankheiten 246.
— Atmosphärischer Einfluſs auf Hautkrankheiten, gewisse klimatische Hautaffektionen 266.
— 246. 267.
Cornil 52. 441. 637.
Cosgrave, E. M. Über die Koexistenz von Scarlatina und Enteritis 464.
Van Cott und Winfield, Ein Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Ichthyosis an der Hand eines Falles, bei welchem die Schilddrüse fehlte 150.
Cottle 557.
Cotton, Über das Urocyanin, einen neuen Harnbestandteil 162.
— und G. W. Allen, Ein Fall von Hernia testis 150.
Courmont 229.
Courty 184.
Cowper 166.
Cramer, A., Die konträre Sexualempfindung in ihren Beziehungen zum § 175 des Strafgesetzbuches 530.
Crisp 375.
Crocker, R., Fall von scheinbar geheilter knotiger Lepra 205.
— Zwei Fälle von Lepra 312.
— Fall von Purpura 205.
Crocker, R., Ein Fall von mit Neutuberkulin behandeltem Lupus 315.
— Ein Fall von Dermatitis infolge der Röntgenstrahlen 373.
— Fall von Herpes gestationis 506.
— Die Behandlung der Hautkrankheiten mit Salicin 565.
— 4. 143. 315. 459. 481. 506. 557. 562.
— und G. Pernet, Zwei mit Neutuberkulin behandelte Lupusfälle 316.
Crooke 373. 374.
Curtis, B. F., Partielle Resektion der Blase wegen eines durch Distoma haematobium verursachten Geschwürs 247.
— 217.
Curzio, E., Über den therapeutischen Wert der antiseptischen Seifen 115.
Cutler 507.
Czerny 419. 496. 497.

Daggett, H. J., Ein Fall von Chylurie 163.
Daiber, Albert, Mikroskopie der Harnsedimente 322.
Danlos, Xeroderma pigmentosum 40.
— Lichenartige Eruption auf der Mundschleimhaut bei einem Syphilitischen in der Sekundärperiode 498.
— 303.
Dansac 54.
Darenberg 534.
Darier, J., Über die Pigmentflecke der Lepra 256.
— 4. 13. 104. 107. 253. 318. 354. 356. 359. 399. 637.
Daubler 5.
Davison, T. H., Zeitweiliger Stillstand im Wachstum der Nägel nach Collesscher Fraktur 646.
Day 465.
Dehio, Karl, Über die Isolierung der Aussätzigen in Leproserien 49.
— 552.
Deichler, Über Ernährung der Haare 210.
Déjérine 13.
Delacroix 229.
Delbanco, Ernst, Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis 590.
— Naevus 653.
— Referate 471. 632.
— 13. 320. 378. 383. 396. 397.
Delbet, Ein Fall von doppelter Urethra nebst einigen pathogenischen und klinischen Bemerkungen 456.
Delevarenne 436.
v. Delupis Dopni, Zwei auf Lissa in Dalmatien beobachtete Fälle von Lepra 49.
Demiéville 654.
Descemet 522.

Desnos 319.
Deut, E. A., Myxödem 649.
Deutsch, A., Beiträge zum Ducreyschen Bacillus 569.
— Ein Fall von Dermatitis herpetiformis 108.
Devergie 5. 346. 353. 355.
Devic 534.
Diday 112.
Dieballa, Geza, Über einen mit Lymphocytose einhergehenden Fall von Sarcoma multiplex cutis 635.
Dieterich 7.
Dietrich, Mehrere Fälle von echten Pocken und einige sich daran anschliefsende Beobachtungen über die Ansteckungsgefahr bei Pocken und über die Immunität der Geimpften 468.
— 633.
Dieulafoy 54. 452.
Dinkler, Pyoctanin-Quecksilber und Amylum gegen Brandwunden 112.
— 112.
Disselhorst, Rudolph, Die accessorischen Geschlechtsdrüsen der Wirbeltiere mit besonderer Berücksichtigung des Menschen 630.
Dittel 448.
Dittrich, Paul, Über einen ursprünglich als Verletzung angesehenen kongenitalen Cutisdefekt am Scheitelbein eines neugeborenen Kindes 658.
— 436.
Doad, Chronische spezifische Urethritis 570.
Dohle, Über Färbung von Organismen in syphilitischen Geweben und die Übertragbarkeit der Syphilis auf Meerschweinchen 61.
— 627.
Dommer, F., Über artificielle Miktionsspermatorrhoe 448.
Dor und Poncet, Über Bothryomykosis humana 589.
Doumer, Zur Behandlung der schmerzhaften Anusfissur 168.
— 169.
Doutrelepont, Kurze Mitteilung über die bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung des neuen Kochschen Tuberkulins 474.
Dragendorff 286.
Dreckmann 7.
Drennen, Bericht über zwei Fälle von Syphilis nebst Bemerkungen über Ptyalismus 476.
Dreyer, Über Protargol 628.
Dreysel 395.
Drury 465.
Dubois-Havenith, Tuberkulöser Lupus 102.
— 39.
Dubreuilh 6. 14. 257. 508. 509. 535. 557. 558. 647.
Ducrey 14. 227. 422. 569.
— und Respighi, Über die Lokalisation der Porokeratose auf der Mundschleimhaut 318.
Dudley, G. J., Konkurrierende Masern und Scharlach 465.
v. Düring 5. 94. 147. 357.
Dufaux 129.
Duhring, Louis A., Eine pathologisch-klinische Einteilung der Hautkrankheiten 512.
— Die lokale Behandlung der umschriebenen Ekzemformen 581.
— 3. 5. 14. 36. 39. 150. 267. 353. 357. 416. 458. 459. 586.
Dujon, Über die Vulvovaginaldrüse und ihre Eiterungen 163.
Dumesnil, Bemerkung bezüglich der Gewichtsbestimmung des Albumens in eiterhaltigen Urinen 456.
Dunbar 217.
Duplay 410. 644.
Duquaire, Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe 167.
Durante, Die Filaria Medinensis und die Lepra in Turkestan 428.
— Pediculosis pubis universalis 270.
Dyer, J., Ein Fall von Xanthelasma der Ober- und Unterlippe und der Wangenschleimhaut 262.

Eccles, S., Das Auftreten von Zoster unterhalb des Knies 375.
Echeverría 4. 9.
Eddowes, Alfred, Lichen simplex verrucosus 394.
— 8. 12. 275. 313. 503. 504.
Ehlers, E., Aussatz-Rekognoszierungsreise auf der Balkan-Halbinsel 359.
Ehrlich 10. 147. 416. 571. 597.
Ehrmann, S., Zur Pathologie der Syphilide 58.
— Die lokalisierten Erytheme im allgemeinen und die lokalisierten Antipyrinerytheme im besonderen 368.
— 9.
Eichengrün, A., Über Eisensomatose 422.
— Über Protargol 426.
— 129. 130.
*Eichhoff, Die neue Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld 221.
— Über Captol, ein neues Antiseborrhoicum und medizinisch-kosmetisches Haarmittel 219.
— Über meine weiteren Erfahrungen mit Captol 361.
— 7.
Eichhorst 534.

Einhorn, H., Referate 158. 159. 376. 591. 643. 645. 649. 653. 656.
— und Heinz, Orthoform 426.
Eisenlohr 163.
Ekehorn, G., Eine ungewöhnliche Form von Infektion der Haut und Unterhaut mit tödlichem Ausgang 593.
Elfinger 574.
Elliot, Fall von Hydradenitis papulosa 507.
— Fall zur Diagnose 507.
— Fall zur Diagnose (Scrophuloderma) 654.
— 246. 408. 411. 481. 506. 507.
Elschnig, A., Epithelioma contagiosum und Conjunctivitis follicularis 636.
Elsenberg 143. 475.
Emery 351. 400.
— und Gaston, Über eine follikuläre Affektion in Gestalt von Plaques von unbestimmter Natur 102.
— —, Zwei Fälle von hereditärer Ichthyosis pilaris mit Mikrosphygmie bei zwei Gliedern derselben Familie 498.
— — Cyanose der Extremitäten mit Perniones bei einem hereditär Tuberkulösen; Mikrosphygmie und Infantilismus 499.
— — Naevusförmige, variköse Pigmentflecke 401.
— — Multiple, subcutane, kalte Abscesse 401.
— und Glantenay, Elephantiasis des Penis 500.
— —, Polyarthritis nodosa der Hand bei Blennorrhoe, Radiographie 625.
— — Hypertrophische, vegetierende Syphilide des Gesichtes 626.
— und Milian, Behandlung des Lupus mit Kalomelinjektionen 626.
Emmerich 419. 633. 634.
Engel 4.
Engel-Reimers 437. 438. 441. 477.
Englisch, Prostatafütterung gegen Prostatahypertrophie und deren Folgeerscheinungen 112.
— 112.
Engmann 8. 16. 198.
Eppinger 164.
Epstein, Ferdinand, Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate 529.
Eraud 553.
Erdmann, J. E., Pustula maligna im Gesicht 591.
Erlenmeyer 233.
Ernst 395.
Eschweiler, R., Die Erysipel-, Erysipeltoxin- und Serumtherapie der bösartigen Geschwülste 419.
Esmarch 643.
Eudlitz, Syphilisähnliche papuloerythematöse Eruption 399.
Eulenburg 10. 286. 292. 396.
Ewald, Carl, Jodothyrin gegen Psoriasis vulgaris 112.
— Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichts 636.
— 112. 290.

Fabry 53. 434.
Falkiner 464.
Farez, Die Dysidrosis 586.
Feddersen 170.
Fehleisen
Feibes 53.
Feleki, Ein geheilter Fall einer Hydrocele communicans funiculi spermatici 108. 554.
— Beiträge zur interstitiellen blennorrhoischen Blasenerkrankung 570.
— 407.
Fenger, Operation einer klappenförmigen Striktur des Ureters 157.
Fenwick 247.
Féré, Doppelte Tarsalgie und symmetrische Lipome des Fufssohlengewölbes 639.
Ferran 461.
Ferrannini und Rummo, Operoderma genito-dystrophicum. Eine neue Krankheit 648.
Ferria 64.
Feulard 349. 354. 481. 529.
Filaretopopulo, Der Wert der Quecksilbereinspritzungen bei der Behandlung der Syphilis 259.
Finger, E., Wann dürfen Syphilitische heiraten? 60.
— 125. 286. 289. 290. 343. 425. 623.
— und Saenger, Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter 577.
Fiorentini 251.
Fischel 7.
Fischer, A., 210.
Fischer, Isidor, Soor des weiblichen Genitales 165.
Flemming 8. 15. 18. 106. 470. 590. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 612.
Flesch 290.
Förster 479.
Fokin, Günstige Wirkung des Arseniks bei Sarcoma cutis 102.
— Keratoma symmetricum plantarum et palmarum acquisitum 446.
— 204.
Foot, Initialsklerose der Zunge 553.
Fordyce, J. A., Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit vielen an Impetigo herpetiformis erinnernden Merkmalen 149.
— 412. 506. 557. 558.
— und Wiggin, Ein Fall von maligner papillärer Dermatitis 635.

Foss, Die neue Casparheinrichquelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der Harnorgane 375.
Fournier, A., Schanker des Vorderarmes 40.
— Kongenitale Ichthyosis 101.
— Über drei Fälle von hereditärer Lues 101.
— Hereditäre Syphilis und Hysterie 310.
— Neurasthenie auf syphilitischer Grundlage 522.
— 39. 44. 182. 243. 244. 302. 303. 304. 307. 331. 346. 356. 399. 437. 441. 474. 477. 498.
Fournier, Henri, Darf man aus einer erfolgreichen spezifischen Behandlung immer auf das Vorhandensein von Syphilis schliefsen 258.
— 534. 535.
Foville 437.
Fowler 563.
Fox, C., Hydradénomes éruptifs oder Epithelioma adenoides cysticum 205.
— Lokale Ichthyosis 315.
— Chronische, disseminierte Folliculitis 315.
— Urticaria pigmentosa 316.
— Hydroa aestivale 316.
— Angiokeratoma und Frostbeulen 316.
— Eigentümlicher Fall von Alopecia 505.
— Ein Fall von ringförmigem, erythematösen Ausschlage 505.
— Ein Fall von Purpura rheumatica oder Purpura urticans (Willan) 506.
— 4. 5. 233. 481. 506. 557.
— und Blaxall, Zwei Fälle von Tinea circinata 364.
Fox, G. H., Ein Fall von Folliculitis decalvans 507.
— 506.
Fox, T. C., Ein Fall von Hyperkeratosis 579.
— 152.
Fraenkel, E., 4.
Frank 7. 14.
Frankenburger 373.
Frèche, Einige Fälle von Psoriasis des Nagels 582.
Freeman, W. T., Plaques auf der Stirn 313.
Frerichs 436.
Freudenberg 534.
Freudweiler, Max, Lymphangioma circumscriptum s. cystoides cutis 140.
— Ein Fall multipler Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfes 637.
Freund 250.
Freyer, Über den heutigen Stand der Variolavaccinefrage. Eine kritische Beleuchtung der dualistischen Auffassung über die Art beider Virus 469.
— Die Übertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine 469.
Frich, Olaf, Ein Fall von Herpes zoster cervicalis, kompliziert mit totaler Facialisparalyse 375.
Frickenhaus 9. 16. 493.
Friedländer 292.
Friedreich 165.
Friedrich 419.
Frisco, Über die Dermatosen bei den Autointoxikationen und den experimentellen bakteriellen Intoxikationen 417.
Fürbringer 571.
Fuller, E., Blasenkrebs 412.
— Diagnose und Behandlung der Leistendrüsenerkrankungen 413.
Funk 5. 6.
Funke, E., Über den Verlauf der Ureteren 156.
Le Fur, R., Herpes genitalis, kompliziert durch Herpes urethralis und Urethritis herpetica 43.
Furthmann 14. 273.
Fussell, M. H., Zwei Fälle von Hämophilie 248.

Gagnières 192.
Gaiffe 173.
Gailleton 177.
Galewsky, E. und Schlossmann, Über Naevus linearis 655.
Galloway, J., Über eine Form pathologischer Pigmentation als Vorläufer einer malignen Hautgeschwulst 247.
— Lupus erythematosus 314.
— 246. 506.
— und Bruce, Fall von eigentümlicher Purpura 504.
Gara, Irsai und Vas, Experimentelle und therapeutische Beiträge zur Schilddrüsenwirkung bei Gesunden und Strumakranken 247.
Garrod, A. E., Über den Nachweis von Hämatoporphyrin im Harn 161.
— Sklerema neonatorum 650.
— 582.
Gassmann, A., Kasuistische Beiträge zur Psoriasis 142.
Gaston, Über schubweise auftretende eitrige Streptokokken-Daktylitiden 102.
— Kongenitale Amputationen mit Fehlen verschiedener Fufsknochen; Syndaktylie bei einem von einem syphilitischen Vater abstammenden Kinde 624.
— Akute Tuberkulide 624.
— 534.
— und Anghelovici, Kurative Wirkung des Kalomels in intramuskulären Injektionen bei Ulcus crusis 499.
— und Emery, Über eine follikuläre

Affektion in Gestalt von Plaques von unbestimmter Natur 102.
Gaston und Emery, Zwei Fälle von hereditärer Ichthyosis pilaris mit Mikrosphygmie bei zwei Gliedern derselben Familie 498.
— — Cyanose der Extremitäten mit Perniones bei einem hereditär Tuberkulösen; Mikrosphygmie und Infantilismus 499.
— — Multiple, subcutane, kalte Abscesse 401.
— — Naevusförmige, variköse Pigmentflecke 401.
Gaucher, Milian und Balzer, Melanotische Lentigo 40.
— 303. 354. 426.
Gaule 422.
Gautier 254.
Gebert 245. 399.
Geissler 172.
Gelli 555.
Gemmell, Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie 161.
Gémy und Raynaud, Leukomelanodermia syphilitica bei den Eingeborenen Algiers 260.
Gerhard 582.
Gerson, Karl, Ein Suspensoriumersatz 116.
— Erythema exsudativum annulare 242.
Geyl 5.
Ghose 360.
Giarré, Experimenteller Beitrag zum Studium der Genese der Urobilinurie 161.
Gibert 352. 353.
Gibier 420.
Gibney, N. P. 554.
Gilchrist, T. C., Ein Fall von Monilithrix mit ungewöhnlicher Verteilung 562.
— 554.
Giovannini, S., Über das Desinfektionsvermögen des Chinosols 422.
Glantenay 400.
— und Emery, Elephantiasis des Penis 400.
— — Polyarthritis nodosa der Hand bei Blennorrhoe. Radiographie 625.
— — Hypertrophische vegetierende Syphilide des Gesichtes 626.
Glawsche, Kalomelbehandung bei Tuberculosis cutis 309.
— Lichen ruber acuminatus 404.
— Psorospermosis follicularis 627.
— Tuberculosis cutis 627.
— Aktinomykosis cutis 628.
— Essentielles Ödem der Haut 446.
— Atrophia cutis idiopathica 41.
— und Nikulin, Lupus vulgaris 204.
— — Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalomelinjektionen 403.
— — Pemphigus repens 310.
Glück 359. 360.
Godding, Ch. C., Über nicht venerischen Bubo 596.
Görl 7.
Goerlitz, Walter, Zur Kenntnis des Erythema nodosum 599.
Götz, Referate 456. 557.
Goetze 534.
Goldberg, Über Nierentuberkulose 109.
— 7. 118.
Goldscheider, Lepra und Syringomyelie 552.
— 10. 375. 407. 442.
Goldschmidt 641.
Goliner, Praktische Erfahrungen mit Xeroform 428.
Gollasch 586.
v. Goltz, Ein Fall von Syphilis mit frühzeitigem ulcerösen Zerfall 552.
Gordon 217.
Goridot 653.
Gottheiner, Alfred, Die Lehre von den Harngiften in pathologischen Zuständen 317.
Gouguenheim 191. 192.
Gram 48. 163. 213. 333. 395. 454. 593. 597.
Grancier 546.
Grandclément 534.
Grant, H., Fall von Xanthoma diabeticorum 503.
Grawitz 14.
Greene, R. H., Syphilis der Nieren 261.
Griesbach, Ein neues Ästhesiometer 532.
Griffon und Balzer, Der Streptococcus als konstantes pathogenes Agens der Impetigo und des Ekthyma 584.
Grocco, Fall von Hämoglobinurie infolge von Chininmedikation bei Malaria 161.
Grön, Kr., Studien über gummöse („tertiäre") Syphilis mit besonderer Rücksicht auf zeitliches Auftreten, Äußerungsformen und mögliche Ursacheverhältnisse 576.
Grom, N. 368.
Groos, S., Jodothyrin 112.
— 112.
Grosglik, S.. Sequester als Fremdkörper in der Harnröhre 447.
Grosz, Siegfried, Neuritis multiplex im Sekundärstadium der Syphilis 526.
Grouven, Carl, Über Nebenwirkungen bei intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum 510.
Grube, Karl, Über Psoriasis (Schuppenflechte) im Zusammenhang mit Gicht und Diabetes 581.
Gruby 38. 225. 226. 227. 233. 273. 282. 283. 364.
Grübler 64.
Grünberg, Referate 63. 371. 469. 522. 524. 580. 595. 638. 641.

Grünfeld, Das Xeroform und seine Anwendung in der Chirurgie 428.
Grundzach 5.
Guarnieri 471.
Gubler 436. 437. 441.
Guesbach, H., Ein neues Ästhesiometer 116.
Guguière 188.
Guiard 127.
Guibout 354.
Guldberg 9.
Gulland 416.
Guth, Hugo, Ein Fall von Sepsis nach einem Hordeolum 593.
Gutheil, Arthur, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Argonin 167.
Guttmann 534.
Guyon, Die Krankheiten der Harnwege 515.
— 44. 45. 167. 168. 272. 341. 384. 385. 407. 421. 451. 453. 455. 570.

Haan, P., Syphilis und Trauma 258.
Hager 619.
Hahn, F., Referate 109. 157. 160. 161. 162. 163. 206. 254. 448. 511. 552. 554. 581.
— 7.
Hahn, R., Die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen 596.
Hallé 448. 454.
— und Albarran, Bemerkungen zu Rovsings klinischen und experimentellen Studien über die infektiösen Krankheiten der Harnwege 556.
Hallopeau, H., Über vier Fälle von Mykosis fungoides 39.
— Die Behandlung der Lepra mit hypodermalen Injektionen von antileprösem Serum 52.
— Über einen vierten Fall von kontinuierlichen eitrigen Akrodermatitiden 101.
— Die Bedeutung der Toxine in der Dermatologie 254.
— Kontinuierliche suppurative Akrodermatitis. Sekundäre purulente Infektion. Impetigo herpetiformis 312.
— Weitere Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides 312.
— Über einen Schub von Pityriasis rubra pilaris mit allgemeiner exfoliativer Erythrodermie 402.
— Über die abnorme Lokalisation und Entwickelung papulo-erythematöser Syphilide in der Umgebung harter Schanker 402.
— Behandlung der Psoriasis durch Injektionen von Hodenextrakt 403.
— Über Acrodermatitis continua 566.
— Über einen neuen Fall von Lichen sclerosus Wilson 625.
Hallopeau, H. 39. 40. 109. 214. 243. 253. 303. 307. 310. 355. 356. 498. 572. 654.
— und Barthélemy, Mykosis fungoides 402.
— und Lafitte, Über die seborrhoischen Follikulitiden und den Haarausfall, den sie herbeiführen können 101.
— — Weitere Bemerkung über einen Fall von kontinuierlicher eitriger Akrodermatitis mit purulenter Infektion der Haut 497.
— Median gelegene Lymphadenitis des Gesichts 497.
— — Mediane Lymphadenie des Gesichtes 625.
— und Levy, Über eine akute bullöse Dermatitis 312.
— und Michaud, Über eine neue Varietät der seborrhoischen Dermatose 625.
Hamilton, Schockige Haut, zwei Fälle von Leukoderma, Vitiligo 266.
Hammerschlag 13.
Hamon 485.
Handford, H. 250.
Hansemann, D., Über Akromegalie 639.
— 442.
Hansen, A., 26. 256. 575.
Hansteen, H., Gonokokken in suppurierenden Bubonen 596.
Hardaway, W. A., Zwei Fälle von Arsenpigmentation 563.
— 3.
Hardy 299. 308. 346. 351. 352. 354. 481. 484. 512. 534.
Harley, Über die suffokatorische Laryngitis bei Varicellen 467.
van Harlingen, A., Die hysterischen Neurosen der Haut 375.
Harnack, Erich, Die Hauptthatsachen der Chemie 208.
— 66. 87. 291. 292.
Harris 207.
Harrison, R., Die Behandlung einiger Formen von Albuminurie mit der Reni-Punktur 160.
— Vasektomie oder Durchschneidung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie 265.
— Cystotomia suprapubica bei Blasensteinen 270.
— 265.
Hartzell, M. B., Ein Fall von Impetigo herpetiformis 149.
Haslund 6. 143.
Hauser 155. 198. 420. 453. 454.
Havas, A., Ein Fall von Xanthoma planum et tuberosum universale 105.
— Ein Fall von Ulcus tuberculoticum introitus vaginae 409.
— Ulcera tuberculotica introitus vaginae 448.
— Über die Raynaudsche Erkrankung,

lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän 570.
Havas, A., Ein Fall von Favus universalis 587.
— 107. 404. 405.
Havelburg, W., Historische Bemerkungen zur Ausbreitung der Lepra in Brasilien 49.
Hay, Gilbert, Über die Ätiologie des Zoster 260.
— Bemerkungen zur Impfpraxis 471.
Heath, A. D., Multiple Hautgangrän der Kopfhaut bei einem kachektischen Kinde 645.
Hebra, F. von, 114. 246. 247. 304. 307. 354. 355. 457. 458. 541. 561. 563. 574.
Hebra, Hans von, Referat 461.
— 2. 4. 5. 417.
Heidenhain 11. 210. 285. 412.
Heiman, Henry, Weitere Studien über den Gonococcus 553.
Heinz und Einhorn, Orthoform 426.
Heisler 105.
Heitzmann, Carl, 574.
Hekken, Ludwig, Ein Fall von Sklerodermia diffusum in Verbindung mit chronischen, fibrösen Veränderungen in der Schilddrüse, Verminderung des Thyrojodins und Zunahme der chromophilen Zellen und des Kolloids in der Hypophysis, mit Angabe der chemischen Analyse der Schilddrüse von H. G. Wells 649.
Heller 9. 61. 145.
Hellstroem, Thure 464.
Helmerich 308.
Helmholtz 170.
Hendersen 290.
Henle 230. 604.
Henning, A., Jodothyrin 112.
— 112.
Herhold 265.
Héricourt 420. 633. 634.
Hermet, Vernarbung eines ulcerierten Gesichtsepithelioms durch arsenige Säure 496.
Hertz 170.
Hervieux 249.
Herxheimer, Karl, Über Psoriasisbehandlung 583.
— 12. 64. 472.
Herz 378.
Herzl 104.
Heuss, E., Bismuthum tribromphenolicum 111.
— Zur Behandlung der Psoriasis 583.
— 5. 6. 11. 111. 428.
Hjelmman, J. V., Zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum 145.
— Beitrag zur Kenntnis der Persistenz der histo-pathologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis 523.
Hillairet 354.
Hinde 470.
Hirsch, C. T. W., Zwei Fälle von Coko oder Framboesia 591.
von Hirschheydt 65.
Hitschmann und Kreibich, Zur Pathogenese des Bacillus pyocyaneus und zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum 591.
Hochsinger, Karl, Eine neue Theorie der kongenital-syphilitischen Frühaffekte 520.
*Hodara, Beitrag zur Histologie des Erythema glutaeale der Kinder 325.
— 7. 9. 12. 13. 14. 16. 562.
Hoersheim, Die praktische chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden 644.
Hoffmann, F. A., 294. 464. 632.
Hoffmann, L., Referate 34. 200. 394. 620.
Hoggan 3. 5.
Hogge, Beobachtungen über Bakteriurie 160.
Hoke, Edmund, Morbus maculosus Werlhofii, nebst lokaler, chronischer Tuberkulose in den Nieren, in den rechtsseitigen iliakalen und retroperitonealen Lymphdrüsen 371.
Hollaender, Über die Heifsluftkauterisation im speziellen bei Lupus vulgaris 473.
— Ein Fall von primärem, multiplen, idiopathischen Pigmentsarkom 550.
— 41. 201. 202. 203.
Holland 582.
Holmgren, Sven, Über medikamentöse Quecksilberintoxikationen mit letalem Ausgange 424.
van Hoorn, Über das neue Tuberkulin T. R. bei der Behandlung des Lupus und der Blasentuberkulose 474.
— 8. 15. 579.
*Hopf, F. E., Das Hôpital Saint-Louis zu Paris und die französische dermatologische Schule 299. 345.
— Referate 272. 321. 460. 462. 517. 580. 654. 656.
Horwitz, O., Ein Mittel, um genau zu bestimmen, ob eine Kommunikation besteht zwischen einer Fistelöffnung in der Lumbal- oder Unterbauchgegend und der Blase oder Niere 262.
— Untersuchung über die Sterblichkeit nach Cystotomia suprapubica 265.
Hotaling, A. S., Die Verwendung von permangansaurem Zink zur Behandlung der Blennorrhoe 168.
Hottinger, Über erworbene Verengerung des Orificium externum urethrae und des vorderen Teiles der Harnröhre 109.
— Über die Katheterisation der Ureteren 157.
Hovorka 357.

Howald, W., Vorkommen und Nachweis von Jod in den Haaren 210.
Howsejeff 205.
Huber, Über einen Fall von trophischer Hämaturie, bedingt durch Distomum haematobium 160.
— und F. Blumenthal, Über die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel) 462.
Hudelo 39.
Hugier 163.
Humphrey, N. A., Pocken und Impfung in England 469.
Hunter 264.
Husemann 92.
Hutchins, Ein Fall von Urticaria haemorrhagica 263.
Hutchinson, J., Atrophie des Hodens nach akuter Epididymitis 558.
— Framboesia cromwelliana 558.
— Morphoea herpetiformis 558.
— Blennorrhoischer Rheumatismus 558.
— Initialsklerose an der Unterlippe 559.
— Syphilis ohne Schanker 559.
— Syphilis hereditaria 559.
— Yaws 559. 561.
— Syphilis mit Facialisparalyse und Taubheit 560.
— Eigenartige Hauteruption 560.
— Raynaudsche Krankheit 560.
— Erneute Induration an der Stelle eines früheren Schankers nach 4½ Jahren 560.
— Lepra, speziell deren Entstehung durch die Art der Nahrung 560.
— Cheiropompholyx 561.
— Über Paraplegie nach Syphilis 561.
— Erythema 561.
— Hebras Bubo oder Prurigo Bubo 561.
— Lupus vulgaris von Zahnfleisch und Gaumen 562.
— Zungenaffektion bei Sekundärsyphilis 562.
— 4. 101. 146. 266. 416. 481. 560.
Hutelmis, Naevus teleangiectodes 656.
Huxley 646.
Hyde, J. N., Ein Beitrag zum Studium der Hautblutungen 153.
— 246. 249. 457. 590.

Jackson, G. Th., Fall von idiopathischem, multiplen Pigmentsarkom 245.
Jacobi 659.
Jacobsohn, Paul, Liebe und Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 632.
Jacquet, L., 325. 327. 328. 329. 330. 331. 334. 339. 399. 625.
Jacquet, L. und Regnard, Ulceriertes Erythema iris der Füfse bei drei Kindern 498.
Jadassohn, Über die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung für Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Blennorrhoe 165.
— 142. 321. 308. 572. 623. 655.
James, A. und N. Walker, Ein Fall von Diabetes mellitus mit Xanthoma diabeticorum 638.
Jamieson, W. Allan, Dermatitis herpetiformis 416.
— 7. 148.
Janet 117. 119. 123. 124. 127. 128. 166. 268. 286. 288. 293. 358. 364. 384. 553.
Janovsky, Victor, Beiträge zur Lehre von der Alopecia 646.
— Über die Behandlung des Lupus 475.
— 7.
Jarisch 13. 52.
Jaunin, Purpura und Knochenmark 370.
Jeanselme 253. 354.
Jendrassik, E., Über die Hemiatrophia faciei 644.
Jessner, S., Kompendium der Hautkrankheiten, ins Italienische übersetzt von A. Rondello 376.
— Referate 47. 49. 50. 51. 53. 54. 55. 57. 58. 60. 61. 62. 110. 115. 116. 154. 155. 156. 157. 162. 164. 165. 166. 167. 206. 208. 209. 210. 211. 213. 214. 217. 219. 317. 320. 322. 323. 324. 363. 364. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 421. 422. 423. 424. 427. 449. 463. 464. 467. 469. 470. 471. 472. 474. 475. 476. 478. 480. 519. 520. 521. 522. 523. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 552. 581. 582. 583. 586. 587. 588. 590. 591. 592. 593. 595. 596. 597. 599. 600. 629. 633. 634. 635. 636. 638. 641. 642. 643. 644. 645. 647. 650. 651. 652. 653. 655. 656. 658. 659.
Jewett, Haemorrhagische Varicellen im Verein mit Keuchhusten 413.
Ihle 7.
Immerwahr, Extragenitale Syphilisinfektion 241.
Imossi 637.
Ingram, Blennorrhoe der Kinder 459.
Johnston 507. 554.
Jolles, A., Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Harn und über ein neues Urometer für geringe Harnmengen 157.
— 158. 159.
Jordan, A., Über Tuberkulose der Lymphgefäfse der Extremitäten 54.
— Referate 41. 309. 446. 501. 627.
Joseph, G., 4.
Joseph, M., Extragenitaler Primäraffekt auf der rechten Backe 34.
— Sarkoide Geschwülste 35.

Joseph, M., Ichthyosis hystrix 394.
— 4. 5. 10. 397. 438. 441. 557. 621. 622.
Isaac I 243.
Isaac II, Naevi vasculosi 86
— Lichen ruber verrucosus 242.
— Striae atrophicae 242.
Ischlenow, Veränderungen der weifsen Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten 447.
Israel 157.
Israi, Vas u. Gara, Experimentelle und therapeutische Beiträge zur Schilddrüsenwirkung bei Gesunden und Strumakranken 427.
Itard 174.
Jullien, Louis, Beitrag zum Studium der Morphologie der Prostituierten 272.
— Einige Versuche mit Hämo- und Serotherapie bei der Syphilis 500.
— Die Kalomelinjektionen bei der Behandlung der Syphilis 530.
— Zona und Syphilis 566.
— 167. 535.
— und Sibert, Antipyrineruption 497.
— und Sibut, Die Blennorrhagie, eine Allgemeinerkrankung 206.
Jumelin 346.
De Jussieu 350.
Justus, Ein Fall von Gangraena hysterica 107.
— Über Blutuntersuchungen bei Syphilis in therapeutischer und diagnostischer Beziehung 570.
— 104. 108. 404. 405. 408.

Kahler 525.
Kalischer 157.
Kaposi, M., Über Miliartuberkulose der Haut (und der angrenzenden Schleimhaut): Tuberculosis miliaris (s. Tuberculosis propria cutis et mucosae) 52.
—, Über den Blatternprozefs bei Schwangeren und Wöchnerinnen 567.
— Handatlas der Hautkrankheiten 574.
— 36. 245. 254. 271. 306. 307. 353. 355. 360. 397. 398. 417. 437. 553. 635. 642. 646.
Karewski 201.
Kaufmann, R., Über Sapolentum Hydrargyri 629.
De Keersmaecker 387.
— und Verhoogen, Die chronische blennorrhoische Urethritis 321.
Keller 468.
Kellogg 13. 14. 16.
Ketterl, F., Über einen Fall von erworbener Atresie des einen Gehörganges sowie beider Naseneingänge, kompliziert mit luetischer Sattelnase 478.
Keyes, Molluscum fibrosum 457.
Kiliani, Otto, Dermoidcyste der Zunge 659.
King, Edmund 374.
Kingsburg, Chirurgische Behandlung der Hypospadie 270.
Kirmisson 319.
Kirsten 7.
Klebs 17.
Klein, E., Über einen für Mensch und Tier pathogenen Mikrococcus, Staphylococcus haemorrhagicus 370.
Klotz, H. G., Alopecia universalis 411.
— 412.
Knight, C. H., Spätformen der Syphilis und deren Behandlung, Folgewirkungen an der Nase 477.
Knorr 6.
Kobert, Lehrbuch der Pharmakotherapie 45.
— 65. 290. 487.
Koch, F. 419.
Koch, R. 17. 37. 269. 277. 401. 484. 553. 567. 571.
Köbner 36. 53. 407.
v. Koelliker, Über die Tysonschen Drüsen des Menschen 41.
— 42.
König 458.
Köppen 64.
Körösi, J., Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft. Ein Beitrag zur Kritik der Vaccinationsstatistik 468.
Köster, H., Über primäre Dermatomyositis acuta et chronica 594.
Kötschau, Über Elephantiasis vulvae 164.
Kolbossenko, J., Ichthyol bei Pocken 469.
Kollmann, Urologischer Untersuchungs- und Operationstisch in verbesserter Form 109.
— 321.
Kolster 275.
Kopp 93.
Koppel, H., Über die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland in den letzten 20 Jahren 49.
Korolew, N., Über die Behandlung der Lues congenita Neugeborener mit Injektionen von Hg-Salicyl 521.
Kossel, Ein Fall von Anthrax 591.
Kovács 407.
Koven 655.
Krabbel, Amyloform bei der Wundbehandlung 111.
— 111.
Kracht, Tuberkulose der Mundhöhle 403.
— Sarcoma cutis multiplex idiopathicum pigmentosum 501.
— Tuberculosis follicularis cutis 501.
— Mikroskopische Präparate des Falles von Tuberculosis cutis 628.

Kracht 102. 403. 502.
Kramer 434.
Kranke 53.
Krannhals 592.
Kraus, Über harnsaure Pollakiurie 452.
Krause 38. 202.
Krecke 434.
Kreibich, Karl, Zur Histologie des Ulcus rodens 508.
— und Hitschmann, Zur Pathogenese des Bacillus pyocyaneus und zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum 591.
Kreissl, F., Bemerkung zur Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol 629.
Kreissmann, Zur Impftechnik 471.
Kretz, B. G., Zur konservativen Behandlung ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre 643.
Krösing 4. 9. 47.
Krogius 160.
Kromayer, E., Kasuistisches: 1. Multiple subcutane Hautgummata längs der Lymphgefäfse im Anschlufs an ein Trauma. 2. Syphilitische Übertragung nach 20jähriger Ehe und 30jähriger Infektion 146. 3. Pityriasis rosea durch neue Strümpfe 146.
— Zur Austilgung der Syphilis 462.
— 9. 586.
Krzysztalowicz, Franz, Janets Irrigationen in der Therapie der Blennorrhoe 358.
Küffner, 7.
Kühne 13. 15.
Kühnemann 12. 637.
Kümmell 251.
Küsel, Ein Fall von Syphilis und die Bedeutung der Döhleschen Methode für die Diagnose der Syphilis 627.
Küster, Über Neubildungen der Niere und ihre Behandlung 109.
*Kulisch, Gustav, Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? 65.
— 15.
Kunkel 422.
Kutner, R., 103.
Kuznitzky 6.

Lacomb 441.
Lafitte und Hallopeau, Über die seborrhoischen Follikulitiden und den Haarausfall, den sie herbeiführen können 101.
— — Weitere Bemerkung über einen Fall kontinuierlicher eitriger Akrodermatitis mit purulenter Infektion der Haut 497.
Lafitte und Hallopeau, Median gelegene Lymphadenitis des Gesichts 497.
— —, Mediane Lymphadenie des Gesichtes 625.
Lahmann, H., Febris erythematosa nach Luft- und Sonnenbädern 368.
Lailler 304. 346. 347. 354. 355.
Lallemand 289.
Lambert 637.
Lanceraux 437.
Lancran 161.
Landskroon, J. Spruijt, Referat 461.
Lang, Eduard, Der Lupus und dessen operative Behandlung 460.
— 58. 290. 427. 434. 509.
Lange 6.
Langenhagen, Über die Lepra in Neu-Caledonien 497.
Langerhans 149.
v. Langsdorff, Zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs 643.
Lanz, A., Eine neue Urethralspritze 166.
— 7. 627.
Laparski, B., Fall von Erythrodermie bei Mykosis fungoides 590.
Lappert 144.
Lasch 438.
Lask, Impetigo contagiosa des behaarten Gesichts und Nackens 459.
Lassar 7. 146. 347. 419. 476. 646. 655.
Latteux 14.
Laverde Olaya, Zur Serotherapie der Lepra 52.
Lawrence 150.
Leber 90. 91. 285.
Lebert 125.
Ledermann, R., Lichen ruber 36.
— Extragenitale syphilitische Infektion 399.
— Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten 517.
— Dermatitis infolge von Röntgenstrahlen 623.
— 7. 36. 253.
Leech 249.
Legrain, Beitrag zur Kenntnis der Syphilis des Uterus 555.
Legueu 554.
Leichtenstern 53.
Leistikow 7. 8. 93. 94. 95. 383.
— Referate 46. 320. 322. 517.
Leitz, Bruno, Ein Fall von Favus scrotalis 586.
Leloir 6. 13. 331. 335. 337.
Le Maire, Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva 644.
Lemoine, Erysipelstreptokokken und Marmorekesches Serum 597.
Lemonnier 534.
Lenhartz, Pocken oder Windpocken 467.
Leredde, Haut- und Blutveränderungen

bei der pustulösen Dermatitis mit excentrischer Ausbreitung 39.
Leredde, Pityriasis rubra pilaris 311.
—, Erythematös-tuberkulöser Lupus. Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose 497.
— 416. 586.
— und Bertherand, Neurofibromatose 311.
— und Du Castel, Mykosis fungoides nach dem Typus der Pityriasis rubra 499.
Lermoyez 54.
Leroux 534.
Le Roy de Méricourt 580.
Lesser, E., Syphilis insontium 60.
— Antipyrinexantheme 243.
— 61. 242. 397. 398. 399. 407. 562. 621. 622. 623.
Lester 217.
Létiévant 477.
Leube 632.
Leusser, Über Karbolgangrän 373.
Levaditi und Babes, Über die aktinomycesähnliche Form des Tuberkelbacillus 56.
Lévai, Joseph, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung deluierter Chemikalien auf das lebende Gewebe mit besonderer Rücksicht auf die Karbolgangrän 373.
Leven, Ein Fall von Dermatitis linearis neuropathica 656.
Levereano, Ein Fall von spontaner Steinzertrümmerung 109.
*Levin, Ernst, Zur Symptomatologie der Stomatitis mercurialis 194.
Leviseur 217.
Levy und Hallopeau, Über eine akute bullöse Dermatitis 312.
Lewin, A., Nachruf für Paul Güterbock 109.
Lewin, G., 145.
Lewin, L., 545.
Lewis, Vollständige Hypospadie, Urethroplastik, Heilung 270.
von Leyden, E., Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 517. 632.
— 632.
Lichatscheff, Favus des behaarten Kopfes 102.
— 502. 627.
v. Licherer, Hydrargyrum oxycyanatum 112.
— 112.
Liebe, G., Jacobsohn und Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 632.
Lieberthal, Ein Fall von ungewöhnlicher Vitiligo 264.
Liebreich, Über Lupus und Schutzpockenimpfung 471.
— 18. 292. 472.
Lier 7. 10.
Liesegang 13.
Lilienthal 622.
Lima 5.
v. Limbeck 635.
Lindenborn 471.
Lindenthal, Otto Th., Zur Ätiologie der sogenannten Kolpohyperplasia cystica 163.
Lion, Warzenbildung auf Grundlage eines Lichen ruber planus 201.
— 243.
Lippmann, Specula zur Untersuchung des Rectums 245.
Little, F., Raynaudsche Krankheit 369.
Lloyd, J., Über einen in einem Ureter steckengebliebenen Stein 157.
Lochte, Th., Ein Fall von allgemeiner Gefäßneurose mit peripherer Gangrän 369.
van der Loeff 12.
Löffler 463. 467. 629.
Lohnstein, H., Über Leukoplakia vesicae 448.
— 624.
Lohnstein, Th., Bemerkungen zu den urometrischen Untersuchungen des Herrn Dr. A. Jolles 158.
Longard, C. 111.
— und Beaucamp, Amyloform bei der Wundbehandlung 111.
Looft, Ein Fall von Homosexualität bei einem Weibe 531.
Lorenz 597.
Lorry 299.
*Loth, William, Zur Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis (Unna) 377.
Loubiou, Neue Methode zum Nachweise des Indikans im Harne 162.
Lubarsch 572.
Lucas, R. Clement, Über einen Fall von Karbolvergiftung durch das Auflegen von Karbolkompressen auf die Haut 219.
Lucaschi 251.
Ludwig 11. 571.
Luff 11.
Lugol 298. 351. 352.
Luithlen, Fr., Zur Lehre und Diagnostik des Pemphigus 586.
Lukasiewicz, Über den Wert der intramuskulären 5%igen Sublimatinjektionen in der Syphilistherapie 529.
— 586.
Lustgarten, Fall von symmetrischer, erythematöser Keratodermie 506.
— Fall von Tuberculosis des Gesichts, behandelt mit Kochs modifiziertem Tuberkulin R. 553.
— Fall von multiplem, idiopathischen Sarcoma haemorrhagicum (Kaposi) 553.
— 64. 239. 355. 411. 412. 507. 554.

Mac Arthur, W. F., Purpura als Komplikation von Scharlach 464.
Mac Gillary, Die Syphilis als bakterielle Infektionskrankheit 461.
Mackenzie, St., Ein Fall von Psoriasis rupioides 205.
— Lokale Asphyxie mit Acne necrotica und Lupus erythematosus 504.
— 4. 315. 416.
Majocchi 228. 251. 252.
Maitland, C. B., Thyreoidbehandlung der Lepra 52.
Malassez 579.
Malherbe, Distoma hepaticum der Haut 652.
Malpighi 251.
Malyscheff, Urticaria bullosa 41.
— Vitiligo 41.
— Die Anwendung des Naftalan bei einigen Hautkrankheiten 502.
Mamurowsky 15.
Manchot, C., Über einen Fall von Syphilis hereditaria, kombiniert mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen Pemphigus gangraenosus 522.
— 64.
Mann Dixon, Haemolum hydrargyrojodatum 112.
— 112.
Manry 351. 352.
Marigliano 269.
Marinelli 53.
Marinesco 375.
Marks 265.
Marmonier, Ichthyol bei Urethritis blennorrhoica der Frau 167.
Marmorek 597.
Marschalko, T., Über die allgemeine Pathogenese der tuberkulösen Hauterkrankungen 571.
Marsden 634.
Marsh, Melanosarkom der Haut 635.
Martel, L., Beitrag zum Studium der syphilitischen Pseudo-Tumoren 511.
Martin, Lepra 263.
— Syphilis, Wert der Quecksilberbehandlung 265.
— Psoriasis 266.
— Alopecia areata 271.
— Behandlung der Anämie bei Lues und Hautkrankheiten mit Knochenmark 459.
— Einfache Bartflechte und ihre Behandlung 459.
Martin, E. 165. 411. 477.
Martini 534.
Martinotti 64.
Masson, Guineawurm 314.
Matschinsky 142.
Mauriac 441. 527.
Mayer, Paul, Beruht die Färbung der Zellkerne auf einem chemischen Vorgange oder nicht 210.
Mays, Friedrich, Ein Fall von chronischer Mastitis, Gangrän der Warze und deren Umgebung und Ausgang in Heilung 592.
M'Call Anderson, Über die Anwesenheit von Hämatoporphyrin im Urin 161.
Mc Munn 207.
Mc Naughton, Scharlachfieber kompliziert mit Typhus 465.
Mc Vey, Seborrhoisches Epitheliom 269.
Mees, W., Übersicht über die Kontrolle in Rottterdam im Jahre 1897: 629.
Melchior, Max, Cystitis und Urininfektion 155.
— Bemerkungen zu Rovsings klinischen und experimentellen Studien über die Krankheiten der Harnwege 555.
— 454.
Melchior, Robert P., Über eine ungewohnte Warzenform der Fußsohle und des Handrückens 257.
De Mello 5.
Mendelsohn, M., 342. 343.
de Mendoza, Suarez, Über eine neue Kanüle für die Spülungen der Pars anterior der Urethra 556.
Méneau, 481.
Mercier und Balzer, Lichenoide Neurodermitis in Bandform längs dem Verlaufe des Nervus glutaeus inferior 501.
— — Fall von Erythrodermie mit Purpuraeruption im Vorstadium der Mykosis fungoides 626.
— — Onychogryphosis hypertrophica 626.
Merck, E., Bericht über das Jahr 1896: 110.
— Verzeichnis sämtlicher Präparate, Droguen und Mineralien mit Erläuterungen 1897: 113.
Merrill, W. H., Die Diplokokken-Seborrhoe 579.
Metall, H., Notiz über die Anwendung der Somatose bei Syphilis 528.
Metschnikoff 59. 285.
Meyer, George, Liebe und Jacobson, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 632.
Meyer, Hugo, Ein Fall von Lichen ruber in der inneren Voigtschen Grenzlinie der unteren Extremität 252.
*Mibelli, V., Über einen in Parma beobachteten Fall von Tinea Gruby (Sabouraud) 225.
*— Über die fixen Antipyrinerytheme 418. 533.
— 5. 6. 12. 13. 14. 64. 214. 234. 235. 557. 569.
— und Bodin, Über einen in Parma beobachteten Fall von Herpes tonsurans Gruby-Sabouraud 38.

Michaud und Balzer, Schankerförmige Schrunden der Brustwarze 101.
— und Hallopeau, Über eine neue Varietät der seborrhoischen Dermatose 625.
Michel 479.
Michelson 3. 589.
Miehle, F., Argoninlösungen 422.
— Über Unguentum Hydrargyri cinereum 425.
Mielck, W., Dermatotherapeutische Präparate 428.
— 7. 26.
Miethke 4. 12.
Mikulicz 428.
Milan, Quecksilberintoxikation und Durchgängigkeit des Nierenfilters 401.
Milian, Lupus und Behandlung mit Kalomelinjektionen 626.
— und Emery, Behandlung des Lupus mit Kalomelinjektionen 626.
— Balzer und Gaucher, Melanotisches Lentigo 40.
Miller, G. V., Scharlachfieber kompliziert mit Augenaffektionen 464.
Minich, Ein Fall von Lupus mit ungewöhnlichem bakteriologischen Befunde 56.
Mink, Behandlung der Syphilis des Nervensystems 269.
Mirallié und Montfort, Eccema palmare bei einem Hysterischen 257.
Mitchell, J. K., Seborrhoea nigricans 580.
Mitchell, W., Elephantiasis des Vorderarms infolge von Ekzem 598.
Mitscha, August, Über die Impfung in Nieder-Österreich 470.
Mitwalsky 252.
Moebius 10. 644.
Moehlan, Synopsis über Urethritis, ihre Ursache und Behandlung 268.
— Gefahren bei der Behandlung der Blennorrhoe mit einfachen adstringierenden Mitteln 270.
Moeller, Magnus, Zur Kenntnis des pustulösen Syphilides (Syphilis maligna) 57.
— 529. 535.
Molinier 600.
Montanier 555.
Montfort und Mirallié, Eccema palmare bei einem Hysterischen 257.
De Montméja 346.
Moore, J. W., 464.
Morel-Lavallée, Einseitige trophische Störungen des Gesichts und des Mundes 257.
— 243. 534. 535. 536.
Moreschi 643.
Morgan, D. B., Zur Behandlung des Hautcarcinoms 634.
Morison 9.
Morris, M., Die Entwickelung und die Fortschritte der Dermatologie 245.
— Behandlung dreier Lupusfälle mit Kochs Neutuberkulin 314.
— Atypischer Fall von Mykosis fungoides 316.
— Lymphangioma circumscriptum 505.
— Meine Erfahrungen über das Kochsche Tuberkulin R. bei Lupus vulgaris 567.
— 4. 5. 14. 249. 416. 506.
Morris, Robert, Grofses Angiom an der Oberlippe 376.
— Hautaffektion bei blennorrhoischer Septikämie 376.
— Cyste und Abscefs in der Palma manus 376.
Morrow, P. A., Bemerkungen über einige praktische Seiten der Leprafrage in New-York 47.
— Dermographismus 412.
— Scleroderma 554.
— Zwei Fälle von strichförmigem Naevus 655.
— 411. 553. 582.
Morton, Ein Fall von pustulo-ulceröser Syphilis 412.
— Gumma der Zunge 413.
— Ein Fall von recidivierender Pityriasis rosea 414.
— Ein Fall von Gichtekzem 415.
— Lichen planus 415.
— 414. 415.
— und Winfield, Keloid nach sekundärer und tertiärer Syphilis 413.
Moscher, Ein Fall von Anschwellung des linken Unterschenkels 413.
Mosse, Max, Beitrag zur Lehre von den Autointoxikationen beim Morbus Addisonii 641.
Motty 625.
Motz und Albarran, Experimentelle und klinische Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Operationen am Hoden und seinen Adnexen 450.
Moulard 437.
Mourek 12.
Moxter, Ikterus und Frühsyphilis 478.
— 442.
Moyer, H. N., Hemiatrophie der Zunge 645.
Moynihan, Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 55.
Mraček, F., Atlas der Syphilis und venerischen Krankheiten mit einem Grundrifs der Pathologie und Therapie derselben 320.
Mühlmann 640.
Müller, C., Referate 40. 52. 54. 56. 57. 59. 60. 102. 116. 148. 157. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 214. 218. 238. 272. 312. 370. 372. 403. 418. 426.

428. 466. 467. 468. 474. 478. 501. 530. 532. 547. 580. 581. 582. 583. 584. 586. 589. 590. 592. 597. 598. 599. 600. 626. 634. 636. 638. 639. 640. 647. 648. 649. 650. 652. 656. 657. 660.
Müller, C. 12.
Müller, G., 6. 7.
Müller, Hugo, Über die Behandlung des Lupus vulgaris 472.
Münch 5.
Mundt, J., Über spontane Gangrän 645.
Munro 360.
Munter, S., Was leistet die Hydrotherapie bei Behandlung der Syphilis 528.
Murrer, W., Bericht über eine Untersuchung verschiedener Gesichtspuder 115.
Museux 431.
Musgrove, Subcutanes Emphysem 652.
M'Weeney und Nixon, Addisonsche Krankheit mit bilateraler Atrophie der Nebennieren 640.

Nagel, O., Ein Fall von Myiasis dermatosa oestrosa 653.
Nakarai, Über Hämatoporphyrinurie 162.
— 161. 162.
Nammack, Chr., Fall von Milzbrand 591.
Nannotti, Über einen Fall von Pyämie nach Blennorrhoe 166.
Nansen, Zur Ätiologie des Skorbuts 370.
Nasse 59.
Neebe 8. 14. 273. 275.
Neech, S. T., Über die Dauer der Infektiosität bei Scharlachfieber 250.
Negretto 265.
Neisser, A., Syphilisbehandlung und Balneotherapie 526.
— Schwimmeriana. Erinnerungen an gemeinschaftliches Arbeiten in Wien, Rom, Graz, London 568.
— Lippenekzeme und Mundwässer 581.
— 21. 37. 128. 130. 133. 134. 156. 168. 197. 286. 289. 319. 321. 340. 344. 360. 361. 372. 459. 551. 552. 623.
Nékám 104.
Neuburger 5.
Neuhaus, Behandlung des Trippers mit Spülungen 117.
— Referate 45. 47. 56. 159. 160. 165. 167. 168. 216. 218. 319. 376. 426. 467. 519. 585. 598. 648.
Neumann, H. 61.
Neumann, J., Über Keratoma hereditarium 357.
— 39. 143. 438. 441. 540. 649. 655.
Neusser 144. 416. 586. 600.
Nichols, J. E. H., Die Folgezustände der Syphilis im Rachen und deren Behandlung 478.
Nicolaysen, Über Bakteriurie bei Enuresis diurna 160.
Nielsen, L., Referate 209. 212. 272. 368. 369. 375. 424. 523. 531. 577. 590. 593. 594. 596. 637. 649.
— 5. 8. 582.
Niemann 240.
Niemeyer 288. 647.
Niessen 62.
Nikulin, Atrophia cutis idiopathica 102.
— Lichen ruber acuminatus 205.
— Diffuse Sklerodermie 403.
— 310.
— und Glawsche, Lupus vulgaris 204.
— — Pemphigus repens 310.
— — Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalomelinjektionen 403.
Nitze 157. 206.
Niven, J., Rückkehrfälle von Scharlach 463.
Nixon und M'Weeney, Addisonsche Krankheit mit bilateraler Atrophie der Nebennieren 640.
Noeggerath 286.
Noguès, Beschreibung eines Ballonkatheters nnd einer am Beniqué mit Konduktor angebrachten Abänderung 44.
— Die Bedeutung des Orthoforms in der Behandlung der schmerzhaften Blasenaffektionen 555.
Norton, R., Angioneurotisches (stabiles) Ödem 369.
Noyes 4. 12.

Oberländer 94. 321.
Obst 651.
Oefele, Amylum jodatum insolubile als Ersatz für Jodoformkollodium 111.
Oestreicher, Idiopathische, auf trophoneurotischen Störungen beruhende Gangrän 35.
— Ausgang einer Impetigo contagiosa in oberflächliche Gangrän 200.
— 243.
Ogilvie, George, Über die Übertragung der Syphilis auf die vierte Generation 147.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Epidermolysis bullosa acquisita 585.
— 5. 9.
Olliver 354.
Oppenheim 292.
Oppler 395.
Oppolzer 441.
Orlow, W., Zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Krebsgeschwür der Scheide 595.
— Referat über Kutners Arbeit: „Die Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden“ 103.
— 447.

Orth, Formaldehyd gegen Schweifsfufs 111.
— 111.
Osler, William, Über diffuse Sklerodermie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und der therapeutischen Verwendung des Thyreoidextraktes 365. 516.
Ostertag 572.
Otis 267. 406.
Otis, Walther, 245. 248.
Oudeman 630.
*Oudin, Über die Wirkungsweise des Wechselstromes und der hochgespannten Ströme bei den Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute 169.
— 4.

Pace 238.
Packard, F. A. und J. D. Steele, Ein Fall von Lungensarkom mit Symptomen von Morbus Addisonii infolge von Beteiligung der Nebennieren 641.
Pagel, Julius, Geschichte der Medizin 323.
Pagenstecher 527.
Paget 354.
Palma 635.
Paltauf 55.
Panichi, R., Beitrag zur Kasuistik der Bromakne 418.
— Zur Trichorrhexis nodosa 647.
Paquelin 268.
Paquin 269.
Parrot, J. M., Die Behandlung der chronischen Ulcera mit Hauttransplantation nach Thiersch 643.
— 325. 326. 327, 428.
Parry, L. A., Kongenitale Hypertrichosis der Lendengegend bei zwei Schwestern 657.
Paschkis, H., 112. 535.
Passarge 9.
Pasteau, Studie über die Verengerung der Harnröhre beim Weibe 42.
Pasteur 597.
Patterson, C. S., Einige Thatsachen betreffs Impfung 470.
Pattison 481.
Pawloff 9. 527.
Payne, J. F., Spindelzellensarkom 502.
— 313. 503.
Peake, F. E., Ein Fall von Purpura rheumatica 370.
Péan 346.
Pelagatti 226.
Pellizzari 228.
Penzoldt 126. 288. 290. 291.
Peretti, Die Albuminurie im Gefolge der Chloroformnarkose 160.
Pergens, Favus des Augenlides 587.
Perls 540.
Pernet 313. 314.
— und R. Crocker, Zwei mit Neutuberkulin behandelte Fälle von Lupus vulgaris 316.
Perret 534.
Perrin, L., Über Hautausschläge infolge starker Schweifse 255.
— 6. 416. 586.
Perry, Fall von Varicella gangraenosa 206.
— Fall von Sclerodermia guttata 505.
Pescione 553.
Peter, W., Untersuchungen über das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Blut bei Syphilis und Hautkrankheiten 143.
Petersen 518.
Peterson, C., Ein Fall von Skleroderma diffusum 649.
Petrini 535.
Pettit und Pichevin, Über Kraurosis vulvae 164.
Pezzoli, C., Über Naftalan 425.
— 502.
Pfeiffer 12. 471.
Pflüger 166.
Philippi, Referate 47. 52. 54. 168. 213. 220. 369. 375. 415. 463. 464. 470. 476. 477. 478. 576. 586. 591. 634. 639. 642. 646. 657.
Philippson, A., Die Behandlung der Sklerodermie 650.
Philippson, L., 6. 9. 11. 18. 36. 654. 655.
Phillips, Leslie, Ein Fall von akuter, fieberhafter, pustulöser Dermatitis 417.
— Der Geschlechtstrieb 269.
Physalix 177.
Picard, Ein Fall von Prostatitis, wahrscheinlich glandulärer Form, neben hartnäckiger Urethritis blennorrhoica 557.
Pichevin und Pettit, Über Kraurosis vulvae 164.
Pick 6.
Pierey 591.
Piffard 3. 7.
Pignot 534.
Pini, G., Granuloma trichophyticum Majocchi 251.
Pinkus, Felix, Über eine Form rudimentärer Talgdrüsen 141.
Planner 8.
Plenck 564.
Plonski, B., Dermatitis nach Röntgenstrahlen 363.
Poehl 268.
van der Poel, J., Modifizierter Janetscher Sterilisator 553.
— Albarrans Urethrotom 553.
Polakowski, H., Die Lepra in Columbien 47.
Poley 634.

Pollitzer 4. 6. 9. 12. 637.
Polotebnoff 5. 285. 459. 582.
Polyák, Über Glossitis superficialis (Moeller) 589.
Poncet und Dor, Über Bothryomykosis humana 589.
Pontoppidan, E., Die abortive Behandlung der Blennorrhoe 272.
— Die abortive Behandlung der Syphilis 272.
— Urticaria chronica infantum 369.
— 5.
Poor 564.
Popper, M., Über die Behandlung der Prostataerkrankungen und der Prostatorrhoe 572.
Posner 125. 290.
Pospelow, Lupus vulgaris der linken Wange 102.
— Ulcus induratum palpebrae superioris dextrae 103.
— Gleichzeitiges Vorkommen von Impetigo herpetiformis Hebrae und Dermatitis herpetiformis Duhring 204.
— Elephantiasis verrucosa 204. 309.
— Elephantiasis des rechten Unterschenkels 403.
— 41. 102. 103. 205. 310. 398. 403. 446. 447. 501. 502. 627. 628.
Postovsky, Zur Diagnostik der syphilitischen Psychosen 524.
Priestley, J., Ein Fall von akutem Pemphigus (?) 585.
— 284.
Pringle, Pemphigus foliaceus 315.
— Syphilitische Keratosis plantaris 315.
— Multiple, harte, extragenitale Schanker 316.
— Trichorrhexis nodosa 316.
— Harter Schanker des linken Daumens 316.
— Fall zur Diagnose 506.
— Fall von Sklerodermie 506.
— 4. 206. 315. 481. 557.
Profeta 147.
Proudfoot, F. G., Die Thyreoidbehandlung des Lupus 476.
Pyle 265.

Quincke 4. 13. 422. 540.
Quinquaud 354. 437. 647.

Rabbe, G., 375.
Radkewitsch, A., Über die Behandlung der Verbrennungen zweiten und dritten Grades mittelst Thioform 371.
Raff 143.
Rake 5.
Ramm 631.
Ramond, Das Oleum cadinum bei Hautkrankheiten 425.
Ranke 463. 464.
Ranvier 52. 154. 483. 614. 615.
Rasch, C., Über das Verhältnis zwischen Hautkrankheiten und der arthritischen Diathese 211.
Rausch, Referat 387.
— 9.
Raviart 535. 545.
Ravogli 214.
Rawitsch 210.
Raynaud 369. 560. 570. 575.
— und Gémy, Leukomelanodermia syphilitica bei den Eingeborenen Algiers 260.
— — Die Lepra in Algerien und speziell in der Stadt Algier 574.
Reale 227.
Reboul, Cornu cutaneum 636.
— Ein Fall von subcutanen und intramuskulären, einfachen und kavernösen Angiomen und Angiolipomen des linken Arms und des Thorax 638.
Rebreyend, Eine neue Art der Circumcision 456.
Recklinghausen 457. 654.
Regensburger, Syphilitische Gummata der Lippe 267.
Regnard und Jacquet, Ulceriertes Erythema iris der Füfse bei drei Kindern 498.
Reinhard, Ein seltener Fall von Vitiligo 647.
Reissner 5. 13.
Reizenstein 9.
Reizey 658.
Remak 644.
Remlinger, Paul, Oedema chronicum lymphangiticum mit Anfällen von Herpes 257.
Renault 399.
De Renzi 534.
Respighi, E. nnd A. Ducrey. Über die Lokalisation der Porokeratose auf der Mundschleimhaut 318.
— 5. 569.
Richet 420.
Richmond, C. E., Sarkom des Vorderarmes 635.
Richter, Paul, Zur Behandlung der Hyperidrosis und Bromidrosis 651.
— 441.
Ricord 120. 290. 307. 309. 401. 437. 576.
Rieck, Weiteres über Geosot 423.
Riehl 55.
Ries, Karl, Referate 373. 468. 473.
Rispal 484.
Rist, E., Nageldystrophie 40.
Roberts, Leslie, Die Behandlung des Trichophyton tonsurans capitis mit Formaldehyd 588.
— 4. 14.
Robinson 4. 5. 459.

Rocca, Constanzo, Hereditäre Syphilis mit Gehirnläsion 148.
Rochet, Chirurgische Behandlung der Harnverhaltung bei Prostatikern 449.
Rochon, Syphilis der Prostata 519.
Rohé 5.
Rolleston, Ein Fall von Akromegalie, behandelt mit Thyreoidextrakt 639.
Rôna, S., Ein Fall von Psoriasis atypica 105.
— Ein Fall von Pediculi pubis auf den Nackenhaaren; Maculae ceruleae und Roseola syphilitica 105.
— Ein Fall von Lichen corneus ähnlichen Bildungen auf dem Unterschenkel 405.
— Die Entwickelung der Dermatologie in Ungarn 564.
— Ein Fall von Keratosis pilaris rubra und Pityriasis rubra pilaris bei ein und demselben Individuum 573.
— 5. 7. 109. 405.
Roncali, Über die Behandlung bösartiger Tumoren durch Injektionen der Toxine des Streptococcus erysipelatis, zugleich mit denen des Bacillus prodigiosus, sowie der nach den Methoden von Richet und Héricourt und nach den von Emmerich und Scholl zubereiteten sogen. anticancerösen Serumarten 633.
Roos, E., Über Eisensomatose 423.
Rose, A., Über die therapeutische Wirkung einiger Rhodanverbindungen 110.
Rosenbach 14.
Rosenbaum 502.
Rosenthal, O., Über die therapeutische Anwendung des heifsen Wassers, besonders bei Hautkrankheiten 216.
— Radikaloperation des Lupus 241.
— Über merkurielle Exantheme 372.
— Protargol bei der Blennorrhoe 623.
— 35. 36. 61. 203. 243. 245.
Rost, Ein Fall von Erythromelalgie 552.
Rothschild, Polymyositis acuta scarlatinosa 464.
Rovsing, Thorkild, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane 420. 453.
— 160. 555. 556.
Rouger, Morbilli ecchymotici 465.
Roussel, Warzen und Suggestion 636.
Rubner 518.
Ruge, R., Ein Beitrag zum Krankheitsbilde des Eccema tropicum (Lichen tropicus, Roter Hund) 580.
— 7. 163.
Ruggles, Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum 206.
Rumkorff 170. 173.
Rummo und Ferranini, Operoderma genito-dystrophicum. Eine neue Krankheit 648.
Rumphius 290.
*Runge, Benzoesäure, ein schimmelverhütendes Mittel für leim- und stärkehaltige Substrate (Gelanthum) 444.
— 28.
Russell 4. 36.
Ryan, Durch X-Strahlen hervorgerufene Dermatitis 313.
Rywosch, D., Über das Pigment und die Entstehung desselben bei einigen Tardigraden 209.

Saalfeld, E., Lichen ruber verrucosus 36.
— Glutol-Schleich 111.
— 111. 287. 289. 291. 621. 622. 623.
Sabolotski 502.
Sabouraud 4. 14. 30. 31. 32. 33. 34. 38. 39. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 273. 275. 277. 278. 282. 383. 303. 304. 307. 349. 356. 364. 550. 562. 579. 588. 646.
Sack, A., Über den gegenwärtigen Stand der Serumtherapie bei Syphilis 529.
— 7. 13. 647.
Saenger 551.
— und E. Finger, Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter 577.
Salter, A., Formaldehyd 111.
— 111. 588.
v. Samson, C., Ein „Hautmaulwurf" 142.
Samuel 90. 92. 93. 125. 286. 292. 485. 486. 488. 492. 493.
Sander, M., Über Moosbetten und Decubitus 644.
Santi 3. 6. 8. 11.
Sarubin, W., Pityriasis rosea (Gibert) 580.
Sauvineau, Läsionen des Nervus opticus bei hereditärer Syphilis 624.
Savill, Calcium chloratum purum crystallisatum 111.
— Fall von seborrhoischer Dermatitis 313.
— Urticaria factitia 314.
— Fall von Morphoea und Sklerodermia 503.
— Fall von Leukodermia 503.
— 4. 111. 366.
Sawzillo 446.
Schäffer 285. 287. 293. 628. 630.
Schaller, August, Über einen Fall von sogenannter Müllerkrätze (Sideroeis cutis autorum) 652.
Schardinger, F., Protozoenkulturen 211.
Scharff, P., 7. 8.
Schech 589.
Schedel 351.
Scheppergell, W., Keloide der Ohrmuschel 639.
Scherl 479.
Scheuber, Adam, Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulin R. 358. 510.

*Schiff, Eduard, Verschlufsapparat für die Harnröhre zum Zwecke von Verweilinjektionen 344.
— Über die Einführung und Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie 250.
Schimmelbusch 592.
Schleich, C. L., Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes 322.
— Glutol 111.
— 7. 111. 323. 460.
Schlofsmann und Galewsky, Über Naevus linearis 655.
Schmidt, M. B., 540.
Schmiedeberg, O., Über die Elementarformeln einiger Eiweifskörper und über die Zusammensetzung und die Natur der Melanine 214.
— 291. 292. 293.
Schneider 5.
Schoenlein 372.
Scholl 419. 633.
Schotten 6.
Schröder 437.
Schütz 5. 8. 15. 582.
Schütz, W. und O. Voges, Über die Ergebnisse von Immunisierungsversuchen beim Rotlauf der Schweine 597.
Schuh 508.
Schujeninoff 485. 486. 492. 493.
Schuller, Blennorrhoische Gelenkentzündung 458.
Schultze 615. 616.
Schulz, H., 7. 286. 292.
Schulze 434.
Schuster, L., Einige Bemerkungen zum Blennorrhoismus 259.
— 94.
Schwartz 536.
Schweizer, K., 285.
Schwengers 14.
Schweninger 216.
Schwimmer, Ein Fall von Lupus erythematosus corneus 103.
— Ein mit Methylenblau behandelter Fall von Epithelioma 104.
— Ein Fall von Syphilis leontiasiformis 105.
— Ein Fall von Psoriasis vulgaris und Syphilis ulcerosa 404.
— Ein Fall von Rupia syphilitica universalis 404.
— Ein Fall von Tuberculosis ulcerosa 405.
— Über einige seltenere Zungenerkrankungen 531.
— 13. 104. 107. 108. 404. 405. 564. 565. 566. 568.
Scudder, Ch. L., Nephrektomie wegen Cystadenoma bei einer graviden Frau 153.
Secchi, Die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung bei den Tumoren 418.
Secchi 13. 214.
Sederholm, E., Ein Fall von Mykosis fungoides mit allgemeiner Drüsenschwellung 590.
Seelig, Nachtrag zu „Eine Methode zum Nachweis lokaler Zuckerausscheidung in den Organen, speziell in der Niere“ 163.
Seeligmann, L., Über einen Fall von Genital- und Hauttuberkulose, behandelt mit Tuberkulin R. 53.
v. Sehlen 14.
Seitz, Syphilis der Pfortader 60.
Sellei, J., Studien über Psoriasis 573.
Sellner, Bruno, Über Diphtheriebacillen beim Scharlach 463.
Semenow 6.
Senator 441. 518.
Sender, W. W., Fibroma molluscum der Kopfhaut, operative Entfernung der Geschwulst 638.
Senn 590.
Serebrjakoff, Über die Statistik der Syphilis bei den vagabondierenden Prostituierten Moskaus 108.
Sevestre 325. 327. 328. 329.
Shepherd, F. J., Einige Fälle von eingebildeten Hautausschlägen 152.
Sherwell 151. 413. 414. 415. 507.
Shiwult, Die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Methode Holländer 41.
— Rhinoplastik 447.
— 310. 502.
Shoemaker, Spät-Syphilis 264.
— 3.
Sibert und Jullien, Antipyrineruption 497.
Sibut und Jullien, Die Blennorrhagie, eine Allgemeinerkrankung 206.
Siegel 65.
Silberstein, Lues oder Lupus? 621.
Silex 216.
Silverman, Neue Schnellheilung der Blennorrhoe 267.
— Schnellbehandlung der Blennorrhoe mit Silvermans Harnröhrenspritze 457.
Simes, Die spezifische Tripperätiologie 459.
Simon 654. 655.
Singer, Gustav, Die Hautveränderungen beim akuten Gelenkrheumatismus nebst Bemerkungen über die Natur des Erythema multiforme 367.
Sinizin 205.
Skinner, B. M., Über nicht-venerischen Bubo 596.
— 597.
Smetana, Siegfried, Über Braunfärbung der Haut beim Gebrauche von Arsenik 642.
Smith, Walther, 562.
Soffiantini, Neuer Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes in den fibrösen Neubildungen der Haut 213.
Sokoloff 142.

Spaeth, Eduard, Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes 322.
Speranski, Extragenitale luetische Infektion 103.
— Carcinom der rechten grofsen und kleinen Schamlippe 403.
— Reinfectio syphilitica 627.
Spiegel 14.
Spietschka, Th., Beitrag zur Histologie des Cornu cutaneum 252.
Spillmann, Behandlung der harnsauren Diathese mit Citronensaft 159.
Spitz 534.
Spitzer, L., Über eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare 374.
Spoek 419.
Sprecher, Ein seltener Fall von Pigmentnaevus 656.
Spruijt Landskroon, Referat 461.
Sprunck 41.
Squire, Balmanno, Die Behandlung des Lupus 575.
Srebony, Zur Ätiologie und Therapie der Sykosis der Oberlippe 594.
Ssila-Novitzky, Über die Behandlung der Verbrennungen mit Pikrinsäure 371.
Stabel 428.
Staelin, A., und Wilbrand, Über die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis 478.
Stanasso, H., Neue Ansichten über die Syphilis 59.
*Stark, Zur Behandlung des Trippers mit Protargol 339.
Startin 217.
Staub, Syphilis der Wirbelsäule 519.
— 5.
Steele, J. D., und Packard, Ein Fall von Lungensarkom mit Symptomen von Morbus Addisonii infolge von Beteiligung der Nebennieren 641.
Steffan 636.
Steiner, Über die Operationen an den Sexualorganen bei Prostatahypertrophie 254.
Steinhaus, Julius, Zur Kenntnis der Impfpockenbildung beim Kalbe 470.
Sterling, W., Zur Kasuistik der Spätsyphilis 143.
Stern, Referate 209. 420. 530. 562. 574. 575. 578. 580. 585. 593. 636.
Sticker, Mitteilungen über Lepra nach Erfahrungen in Indien und Egypten 47.
Stieda, L., Über die vermeintlichen Tysonschen Drüsen 41.
— 434.
Stierlin, Beim Menschen beobachtete Erkrankungen infolge von Infektion mit Maul- und Klauenseuchegift 584.
Stöhr 59.
Stoffregen, Henrietta A., Ein Fall von symmetrischer kongenitaler Gangrän 592.
Stoker, Geschwüre, behandelt mit Oxygen 595.
Stooss 166.
Stowers, Tinea ungium 312.
— Kongenitale Xerodermia 312.
— Traumatische Alopecia areata 312.
— 313.
*Strauss, Arthur, Über das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum 129.
— Referate 113. 114. 218. 219. 220. 423. 425. 427. 528.
— 10. 339. 534. 553.
Strauss, J., Zwei Fälle von isolierter peripherischer Lähmung des Nervus musculo-cutaneus 374.
Strümpell 260.
Stubenrath, Beiträge zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl 217.
Suss 535.
Sutton, C. F., Ein Unikum in Bezug auf Impfverlauf 470.
Swinburne, G. K., Vesiculitis seminalis und Prostatitis (postblennorrhoica) 515.

Taenzer, P., 5. 7. 8. 9. 15. 35. 64. 213 647.
Tailhefer, Multiple, kongenitale Hautfibrome 638.
Talley, Granulöse Urethritis 267.
Tangl, F. und v. Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 323.
Targett, Riesenzellentumoren der Haut 636.
Tarnowsky 520.
Taylor, R. W., Priapismus 410.
Tenneson, 184. 303.
Terson, Eine partielle Atrophie der Nervi optici bei einer Patientin 371.
Tesla 170.
Thacker 248.
*Thévenin und Audry, Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von Skarifikationen 614.
Thibierge, Miliare, dem Lichen scrophulosorum ähnlich sehende Follikulitis bei einem Tuberkulösen 402.
— Zwei Fälle von hereditärer Syphilis 402.
— Über die Dermatophobien 568.
— 354. 481. 557. 558.
Thiel 651.
Thiersch 38. 202. 241. 437. 460. 472. 504. 643. 644.

Thomas, W. Th., Syphilitische Reinfektion 264.
— Die Behandlung der Ulcera varicosa 644.
Thompson, W. H., Ein Fall von Copaivavergiftung 422.
— Scrophuloderma und seine Behandlung 269.
— Präventiv-Behandlung der Blasensteine 271.
— 321. 406. 407.
Thomsen, St., Hämatom des Ohrläppchens 688.
— 170.
Thorn, Behandlung der Leistenbubonen mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum oxydatum 595.
Tischer, W. und Beddies, Chinosol als Antisepticum und Heilmittel (Antipyreticum) 220.
Todd, Der Aussatz in der Capkolonie 458.
Tode 126.
Török, Ludwig, Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber acuminatus) 107.
— Ein Fall von Syphilis tuberculo-ulcerosa 107.
— Über Epidermolysis hereditaria bullosa 573.
— 5. 6. 12. 46. 104. 106. 107. 109. 404. 405. 408.
Tolpigo, J., Haematoma tunicae vaginalis propriae testis 638.
Tommasoli 5. 6. 7. 12. 268. 541. 542. 543. 544. 557.
Tomsa 59.
Tonnel 535. 545.
Touton 36. 66. 67. 68. 398.
*Trachsler, Das Vorkommen der Mikrosporie in Hamburg 273.
— 14.
Trendelenburg 345.
Tribondeau 581.
Triboulet, Pyocyaneus-Infektion nach einem ulcerösen Ekthyma 592.
Trnka, Eine seltene Prädilektionsstelle von Atheromen 659.
Tschernogubow, Methode der Leprabacillenfärbung 41.
— Orthoform bei der subcutanen Behandlung der Syphilis 310.
— 310.
Tschlenow, Die Veränderung der Alkalescenz des Blutes bei einigen Hautkrankheiten 310.
Tschuprin, J., Die Werlhofsche Krankheit malarischen Ursprungs mit Recidiv 371.
Türkheim, J., Referate 194. 257. 260. 319. 339. 415. 484. 512. 617.
Tuffier, Die Ergebnisse von 153 Nierenoperationen 254.
Turazza, Die Methode von Moreschi bei der Behandlung des Ulcus varicosum cruris 643.
Turner, Daniel 290.
Tuttle, J. P., Urethro-Rectal-Fistel 410.

Ullmann, K. 123.
Ultzmann 167. 268. 407. 570.
*Unna, P. G., Ein Rück- und Vorblick 1.
*— Die Zusammensetzung des Leprabacillenschleims 17.
*— Harzstifte (Stili resinosi) zum Enthaaren 26.
— Die epitheliale Natur der Naevuszellen 42.
— Zur Behandlung der Lepra 50.
*— Die beste Form der Quecksilberschmierkur 93.
— Pyrogallolum oxydatum 112.
— Weitere Versuche über die reduzierenden Heilmittel 114.
*— Zur Verschreibung der Essigsäure 136.
— Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. Heft I. S. 154.
*— Formalin und Paraform 198.
— Die epitheliale Natur der Naevuszellen 213.
*— Kokainsalz und Kokainbase 239.
*— Die flache Abtragung des weichen Geschwüres als Behandlungsmethode 295.
— Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1897. S. 319.
*— Der Mikrobrenner 388.
— Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut 418.
*— Schutzdecke gegen X-Strahlen 494.
*— Handekzem und Waschen der Hände 547.
— Trichophytie und Favus 587.
*— Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung 601.
*— Sykosis subnasalis und Ausschnupfen 618.
— 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 12. 13. 14. 15. 16. 35. 46. 58. 64. 74. 87. 93. 112. 148. 154. 252. 256. 271. 273. 274. 275. 284. 285. 286. 315. 316. 332. 333. 337. 347. 353. 355. 357. 377. 378. 379. 381. 382. 383. 394. 395. 396. 399. 412. 415. 416. 444. 445. 446. 470. 471. 472. 494. 501. 508. 543. 573. 579. 588. 590. 629. 654. 655. 656. 657.
*Urban, Über die radikale Behandlung des Lupus 429.
Urner 485.
Ustinow, Reinfectio syphilitica 628.

Vajda 143.
Valentine 291. 407.
Varga, Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner) 407.
— 573.
Vas, Gara und Irsai, Experimentelle und therapeutische Beiträge zur Schilddrüsenwirkung bei Gesunden und Strumakranken 427.
Veiel 535.
Veillon, A., Der Gonococcus 319.
Velich, A., Über die Folgen der einseitigen Exstirpation der Nebennieren 600.
Velpeau 555.
Verhoogen, Über einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung 254.
— 887.
— und Keersmaecker, Die chronische blennorrhoische Urethritis 321.
Versari, Tunica muscularis der Blase 319.
Vidal 5. 307. 354. 475.
De Vincentiis, Elephantiasis des linken Oberlides 598.
— Elephantiasis neuromatodes des oberen Augenlides 599.
Viola 177.
Virchow 21. 35. 36. 140. 436. 485.
Vitrée 616.
Voges, O. und Schütz, Über die Ergebnisse von Immunisierungsversuchen beim Rotlauf der Schweine 597.
Voigt 252. 253. 654. 655. 656. 657.
Volkmann 475. 575.
Vollmer, E., Beitrag zur Lehre von der schwarzen Haarzunge 362.
— Ein Fall von Lichen ruber planus mit linearer Hautatrophie 362.
— Herpes zoster gangraenosus pectoralis 397.
— Präparate von einer schwarzen Haarzunge 397.
— Über balneologische Behandlung der Lues 527.
— 398.

Wadstein, Emil, Ein Fall von Sklerodermia diffusa 649.
Waelsch, Ludwig, Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen 509.
Wagner, Paul, Grundzüge der operativen Hydronephrosenbehandlung 554.
Wagner, Über Sklerodermie 144.
Waldeyer, Bemerkungen über die Lage des Ureters 42.
— 42. 154.
Waldo, H., Ein Fall von Addisonscher Krankheit 641.
Walker, Norman, Xanthoma diabeticorum 147.
— Die gewöhnlichen Pilzkrankheiten der Haut 212.
— 12.
— und A. James, Ein Fall von Diabetes mellitus mit Xanthoma diabeticorum 638.
Wallis, Ein Fall von Lymphadenoma 639.
Walsh, Infektives Haematoangioma 503.
Walter 495. 496.
Waring, A., Akut sich verbreitende Gangrän in Verbindung mit Glykosurie 645.
v. Wasielewski, Über die Form und Färbbarkeit der Zelleinschlüsse bei Vaccineimpfungen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri) 471.
Wassermann 285.
Wassilieff und Bogomolow, Karminsäure als differentielles Reagens für verschiedene Eiweifsarten 214.
Watson, F.S., Postmortale Untersuchungen einiger Fälle von beweglicher Niere 410.
— 582.
Weber, Leonhard, Ein Fall von Sklerodermie erfolgreich behandelt mit Extractum thyreoideae 650.
Webster, E., Antipyrinexanthem 367.
Wechselbaum, Fünf Fälle von Antipyrinexanthem 244.
Wechselmann 203.
De Wecker 636.
Weichart, Beitrag zur Impftechnik 471.
Weigert 15. 80. 210. 332. 614.
Weir 477.
Weisbecker, Heilserum gegen Masern 467.
— 463.
Welander, Edvard, Einige Untersuchungen über Jod und Quecksilber 423.
— 509. 595.
Wells, Gideon und Hekken, Chemische Analyse der Schilddrüse in einem Falle von Skleroderma diffusum 649.
Werler, O., Itrol (Argentum citricum) 112.
— 112.
Werlhof 371.
Werner, Siegmund, Ein Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch 56.
— Beiträge zur Pathologie des Ikterus syphiliticus 477.
— 438.
West, S., Ungewöhnlicher syphilitischer Ausschlag bei einem Kinde 476.
— Akuter Lupus erythematosus 317.
Westervelt, Retentionscystitis infolge von Prostatahypertrophie 265.
Weydemann, Über einen Fall von Sarcoptes vulpis beim Menschen 652.

White, J. B., Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen 563.
White, J. C., Lymphangioma der Labia majora vulvae 365.
— 5. 265. 271. 481. 631.
Whitehouse, H. H., Ein Fall von Impetigo herpetiformis (Hebra) bei einem Manne 563.
Whitfield 416.
Whitla, W., Behandlung der Syphilis 248.
— 249.
Wickham, L., 39. 101. 498. 534.
— Referate 496. 625.
Wiewiorowsky, A., Einige Beobachtungen über Veränderungen des Blutes bei der Serotherapie der Syphilis 62.
Wiggin, Fr., Holmes und Fordyce, Ein Fall von maligner papillärer Dermatitis 635.
Wilbrand, R. und Staelin, Über die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis 478.
Willan 299. 351. 506.
Williams 3. 12. 14.
Willis 506.
Wilms, M., Myiasis dermatosa oestrosa 653.
— 653.
Wilson 5. 263. 266. 402. 558. 625.
Winfield, Zwei Fälle zur Diagnose 414.
— Ein Fall von sekundärer Syphilis und Incontinentia urinae 414.
— 415.
— und Colby, Zwei Fälle von „Savill's Disease" (Dermatitis epidemica) 366.
— und Van Cott, Ein Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Ichthyosis an der Hand eines Falles, bei welchem die Schilddrüse fehlte 150.
— und Morton, Keloid nach sekundärer und tertiärer Syphilis 413.
Winternitz 126.
Wirz, Praktische Mitteilungen über Thiol 427.
Witherspoon, Phlebitis der oberflächlichen Penisvenen 267.
Wittelshöffer 659.
Wöhler 240.
Wolff 9. 291.
Woltering 422.
Wossidlo, H., Zwei verbesserte Kreis-Harn-Centrifugen 448.
Wright, J., Tuberkulöse Infektion des lymphoiden Gewebes im Pharynx etc. 54.
Wunder, Ein Fall von Gangrän der Weichteile der seitlichen Thoraxwand nach Masern 466.
Wunderlich 294. 295.
Wurster 10. 11.

Zagari 238.
Zambaco 255. 359.
v. Zderas 359.
v. Zeissl, M., Sind die tertiären Produkte der Syphilis infektiös oder nicht und was hat man unter maligner und galoppierender Syphilis zu verstehen? 520.
Zenker 436.
Zenthoefer 9.
Ziegler 36. 90. 470. 485.
Ziehl 21. 614.
Zimmermann, F., Eine Methode zur Verhütung von Narbenverkürzungen 643.
Zink, J. und Amthor, Beitrag zur Chemie der Tierfette 218.
Zinsser 217.
Zuelch, Über die Pflege der Füße mit besonderer Berücksichtigung der Schweißfüße 651.
Zweifel 163.
Zydlowicz, L., Argonin, Ein neues Antiblennorrhoicum 219.

Verlag von **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 34.

Klinische Vorlesungen über

Von

Prof. E. v. Düring

(Kostantinopel).

Preis 6 Mark.

Syphilis.

Einiges aus den Besprechungen:

— Einen ganz besonderen Vorzug des Buches nennen wir die *vorzügliche klare Darstellungsweise,* welche gleichen Schritt hält mit der *gründlichen Vollständigkeit des Inhalts.* — Das Buch bildet wegen der bereits oben betonten Vorzüge und namentlich wegen des relativ geringen Umfangs bei *erschöpfendem Inhalt* eine wertvolle Bereicherung der medizinischen Fachlitteratur. Der *Praktiker* findet darin eine *Besprechung aller wichtigen Fragen* bezüglich der Pathogenese der Syphilis und eine *detaillierte Abhandlung über die Therapie von modernen Gesichtspunkten aus,* namentlich eine *Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden* und der *Auswahl im einzelnen Falle.* *Med.-chirurg. Centr.-Bl.* (*F. K.*)

Der Verfasser hat das Ziel, das er sich gesteckt hat, zweifellos erreicht. In *klarer Darstellung* giebt D. die Symptomatologie der Syphilis, grenzt er die allgemein als syphilitisch angesehenen Krankheitserscheinungen von den differentiell-diagnostisch in Frage kommenden Affektionen ab, giebt er die Grundzüge der Therapie. Als besonders gelungen möchten wir die Abschnitte über das Wesen der Latenz, die Immunität und die Vererbung hervorheben. — — *Für den Praktiker geschrieben,* ist das Düringsche Buch für denselben *recht brauchbar.* *Dtsch. Med.-Ztg.* (*Heller.*)

Der Verfasser hat es verstanden, das weitumfassende Gebiet der Syphilis in *sehr anschaulicher und faßlicher Weise erschöpfend zu beschreiben* . . . . Empfehlung des Werkes, *das den Praktiker in vorzüglicher Weise über den gegenwärtigen Stand des wichtigen Krankheitsgebiets orientiert und ihm Diagnose und Therapie jeder einzelnen Periode an die Hand giebt.* *Der ärztl. Praktiker.* (*Bender.*)

In 22 Vorlesungen behandelt von Düring das ganze Gebiet der Syphilis, Geschichte, Symptomatologie, Differentialdiagnose, sowie die Therapie. Besonders eingehend wird die hereditäre und kongenitale Lues besprochen. Die Sprache ist sehr frisch und anregend, der Inhalt wissenschaftlich gut fundiert, dem modernsten Standpunkt entsprechend; namentlich die Therapie bietet viele dem Praktiker willkommene Winke aus des Verfassers eigener reicher Erfahrung. In unsicheren Dingen bietet er ein präcises eigenes Urteil, das durchaus seine eigenen Wege geht. Das Werk führt den Studierenden sehr gut in die schwierige Disciplin ein und wird auch dem Praktiker einen guten kritisch gesichteten Einblick in den gegenwärtigen Stand der wichtigen Fragen und reiche Förderung gewähren. Die Ausstattung ist sehr gut, der Preis mässig. Wir können die gediegene Arbeit bestens empfehlen.

Lit. Centralbl. (Gr.)

— On sent en effet à la lecture, que la préoccupation constante de l'auteur est d'être clair, net, de se mettre à la portée ce son auditoire — c'est donc un traité complet de la syphilis. Et ce que nous en disons plus haut montre à quel point ce livre peut être utile aux *praticiens* et aux étudiants.

Journ. d. sciences méd. de Lille. (*Derville.*)

This book, while not claiming to exhaust the subject of which it treats, is an *excellent* presentation of the present knowledge of syphilis. — The book seems to us to be a safe guide to the student as well as the graduate in medicine, embodying as it does the *opnions of a practical observer unobscured by theory.*

Journ. of cutan. and gen.-urin. diseases. (*Jackson.*)

Verlag von **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 34.

Therapie

der

Hautkrankheiten.

Von

Dr. L. Leistikow.

Mit einem Vorwort von Dr. P. G. Unna.

Preis ℳ 6.—, gebunden ℳ 7.—.

. . Auf Details einzugehen, ist bei der Fülle des Stoffes unmöglich. Bewundernswert ist der enorme Fleifs, welchen Verf. auf die Durcharbeitung seines Gegenstandes verwandt hat. So glaube ich nicht nur den Dermatologen, sondern auch dem praktischen Arzte dieses Lehrbuch als ein wirkliches Nachschlagebuch und einen äufserst schätzenswerten Berater für die Praxis empfehlen zu können.

Berliner klinische Wochenschrift, 10. Jan. 1898 (Max Joseph, Berlin).

Therapie der Hautkrankheiten heifst ein im Verlage von Leopold Voss (Hamburg) erschienenes Buch, dessen Verfasser, Dr. L. Leistikow, langjähriger Assistent Unnas ist und in dieser Eigenschaft die in dessen Klinik gangbaren Behandlungsmethoden den Kollegen vorzutragen hatte. Das Buch stellt daher vor allem im Zusammenhang die von Unna, dem verdienten Dermatologen, ausgearbeiteten Methoden vor und ist schon deshalb freundlich zu begrüfsen, da wir bisher eine solche Gesamtdarstellung nicht besafsen. Aber auch von anderen empfohlene therapeutische Mafsnahmen, welche sich in praxi bewährt haben, fanden Berücksichtigung, sodafs das klar und präcis geschriebene Werk (Preis ℳ 6.—) mit seinen zahlreichen Receptformeln sicherlich bei den Praktikern viel Anklang finden wird.

Excerpta medica, Februar 1898.

Ein erster Versuch der modernen Therapie der Hautkrankheiten ist in diesem Buche niedergelegt. Wenn in demselben in erster Linie die zahlreichen Behandlungsmethoden und Medikamente des Meisters der modernen Dermatologie berücksichtigt werden, so ist dies nur zu begrüfsen, und wer ist dieser Aufgabe besser gewachsen als ein langjähriger Assistent Unnas? Es handelt sich in vorliegender Arbeit weniger um eine Aufzählung der verschiedenen Mittel und Methoden, sondern um eine individualisierende Anwendungsweise derselben mit besonderer Rücksicht auf physiologische und pathologisch-anatomische Grundlagen. Neben der Unnaschen Richtung kommen aber auch alte und neue Behandlungsmethoden und Mittel zur Geltung, sodafs wohl gesagt werden kann, das Buch lasse an Vollständigkeit wenig zu wünschen übrig; namentlich ist auch der allgemeinen Dermotherapie grofse Berücksichtigung zu Teil geworden. In einer neuen Auflage hätte ich der Hydrotherapie und Diätetik etwas mehr Raum zugewiesen. Das Buch wird nicht nur dem Spezialisten, sondern auch dem praktischen Arzte stets eine Richtschnur geben für sein Handeln.

Corr.-Blatt f. Schweiz. Ärzte, 1. Febr. 1898 (Kreis).

41C 1608 4HB 3474